Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 21. 25. Mai 1897

Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1.
Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstrasse 70.

44. Jahrgang.

Originalien.

Aus dem Krankenhause «Bergmannstrost» (Prof. Oberst) in Halle a. S.

Laterale Luxation im Lisfranc'schen Gelenke.

Von Dr. *Otto Panse*, Assistenzarzt.

Die Luxationen im Lisfranc'schen Gelenke werden von allen Autoren als selten bezeichnet. Malgaigne[1]) beschränkt sich darauf, die seinerzeit bekannten Fälle wiederzugeben; von der «Verrenkung nach aussen» sagt er, dass sie «wegen der Tiefe, in welcher der zweite Mittelfussknochen in seiner Fuge eingelassen ist, nicht direct statt haben» kann. Er betrachtet eine Fractur dieses Knochens oder eine vorgängige Luxation «nach oben» als Vorbedingung für das Zustandekommen jener besonderen Dislocation. Hueter[2]) will die «traumatischen Verschiebungen in den kleinen Tarsalgelenken» als typische Verletzungen überhaupt nicht gelten lassen, weil für sie weder ein besonderer Entstehungsmechanismus, noch besondere Repositionshindernisse nachgewiesen werden könnten und nimmt an, dass die nur durch bedeutende Gewalten zu erzielenden Bänderrisse in der Regel von Absprengung kleiner Knochenstückchen begleitet seien. Hoffa[3]) vertritt die Malgaigne'sche Ansicht; nach ihm haben die seitlichen Luxationen wegen der Einfalzung des Metatarsale II zwischen I. und III. Cuneiforme eine Fractur des II. Mittelfussknochens zur Voraussetzung, oder — was das Gewöhnlichere ist — sie entstehen secundär aus einer dorsalen Verschiebung. Ebenso Lossen[4]). Tillmanns[5]) scheint umgekehrt die secundäre Entstehung der seitlichen Luxationen für seltener zu halten, als ihr directes Zustandekommen unter Fractur des II. Metatarsale. Albert[6]) erwähnt ohne nähere Angaben, dass er in Gemeinschaft mit Weinlechner eine dorsomediale Totalluxation beobachtet hat. König[7]) sagt von den Luxationen des Metatarsus nur, dass die dorsalen Verschiebungen am häufigsten, seitliche oder plantare viel seltener seien, und Helferich[8]) führt in der neuesten Auflage seines Atlas die seitlichen Luxationen überhaupt nicht mit auf.

In der Literatur finde ich bisher 45 Fälle von Luxation im Lisfranc'schen Gelenk überhaupt. Hitzig[9]) stellte im Jahre 1865 29 Fälle zusammen, einen beobachtete Monnier 1883[10]), über 14 weitere, darunter 2 eigene, konnte 1889 Lauenstein[11]) berichten, 2 (Nimier, Davison) sind seitdem noch in Virchow-Hirsch's Jahresberichten (1889 und 1891) referirt.

[1]) Malgaigne, Die Knochenbrüche und Verrenkungen. Deutsch von Burger. 1856.
[2]) Hueter-Lossen's Grundriss der Chirurgie 5. Aufl. 1888.
[3]) Hoffa, Lehrbuch der Fract. und Lux. 2. Aufl. 1891.
[4]) Lossen, Deutsche Chir. Lief. 65. 1880.
[5]) Tillmanns, Lehrbuch der spec. Chir. 2. Aufl. 1892.
[6]) Albert, Lehrbuch. der Chir. und Op. 4. Aufl. 1891.
[7]) König, Lehrbuch der spec. Chir. 6. Aufl. 1894.
[8]) Helferich, Atlas und Grundriss der traum. Fract. und Lux. 3. Aufl. 1897.
[9]) Hitzig, Ueber die Luxation im Tarso-Metatarsalgelenk. Berl. klin. Wochenschr. 1865. 39 ff.
[10]) Monnier, Étude sur une variété de luxation du métatarse, luxation en dehors des métatarsiens. Thèse-Paris 1883.
[11]) Lauenstein, Ueber Luxationen der Mittelfussknochen. Jahrb. der Hamb. Staatskr. Jahrg. 1889.

I. Luxation einzelner (eines oder mehrerer) Mittelfussknochen.

Malgaigne (Gaz. des hôpit. 1848. 218).
Belin, (Ibid.)
Langier, (Arch. génér. Janv. 1852.)
Tufnel-Dolmage, (Dublin Quart. Journ. 1854. No. 65.)
Liston, (Ibid.)
South, (Ibid.)
Malgaigne, 3 Fälle, (Die Knochenbrüche und Verrenkungen. Uebers. von Burger 1856).
Monteggia, (cit. bei Malgaigne.)
Pellarin, (L'union méd. 63. 1860.)
Hitzig, (Berl. klin. Wochenschr. 1865. No. 34.)
Wilms, (cit. bei Hitzig.)
Demarquay, (Schmidt's Jahrb. pro 1870.)
Velder, (Philad. med. and. surg. Repr. XXV. 1871.)
Trotter, (Lancet, 2. September 1874.)
Guelliot, (Virchow-Hirsch pro 1876.)
Mondau, (Soc. méd. des hôpit. 1876.)
Gayda, (Rec. de mém. de méd. etc. milit. XXXIII. 305. Mai bis Juni 1877.)
Hartmann, (Corresp. f. Schweizer Aerzte, 21.)
Surmay, (Bull. et mém. de la soc. de chir. N. S. II. 8.)
Nimier, (Virchow-Hirsch, 1889.)
Davison, (Ibid. 1891.)

II. Totalluxationen.

Dupuytren, 2 Fälle (Rev. méd. 1822. t. IX. 422.)
Delort, (Bull. de la soc. anat., 1826. 2. édit.)
Mazet, (Ibid. 1837.)
Bouchard, (Journ. des connaiss. méd. chir. Juillet, 1839.)
Mesnier, (Gaz. méd. de Paris, 1840.)
Smith, 2 Fälle (Treat. on fract. and disloc.)
Kirk, (London. med. Gaz. vol. XXXIV. 1841.)
Lacombe, (Rev. méd. chir. t. V)
Laugier, (Arch. génér. Janv. 1852)
Smyly, (Dublin Quart. Journ. XVII. 1854.)
Tutschek, (Deutsche Klinik. 31. 1854.)
Schrauth, (Deutsche Klinik. 50. 1854.)
Cock, (Guy's hosp. rep. 3. Ser. Vol. I.)
Wilms, (cit. bei Hitzig)
Mignot-Danton, (Arch. génér. 1866.)
Wenz, (Schmidt's Jahrb. pro 1869.)
Abadie-Tourné, (Bull. de la soc. anat. 1878.)
Monnier, (Thèse-Paris, 1883.)
Lauenstein, 2 Fälle (Jahresb. des Hamb. Staatskr. Jahrg. 1889.)

Es stehen demnach 23 Fällen von Luxation einzelner Mittelfussknochen 22 Totalluxationen gegenüber. Von diesen 22 entfallen auf die Luxation nach oben (dorsale) — wenn wir auch den zweiten Fall von Lauenstein (Fall Braune) hierher rechnen — 14, auf die nach unten (plantare) 1 (Smyly) und auf die seitlichen Luxationen 7. Unter den seitlichen ist nur einmal — im Fall Kirk — vertreten die Luxation nach innen (mediale), so dass 6 Fälle von Luxation nach aussen übrig bleiben, die ich im Folgenden als laterale Luxation bezeichnen will. Als 7. kommt dazu der von uns beobachtete Fall, der an die Spitze unserer Erörterungen gestellt sei.

1. Der 47jährige Arbeiter W. D. wurde am 8. I. 1897 aufgenommen wegen einer Tags zuvor erlittenen Verletzung des linken Fusses. Der Hergang war nach seinen Angaben der: D. begleitete einen auf einer 8—9 Fuss hohen, schräg abfallenden Brücke herabfahrenden Wagen, rechts hinter diesem gehend. Der Wagen schlug nach rechts um und stürzte von der Brücke herab. Der starke eiserne Haken des Drahtseils, an welchem der Wagen befestigt gewesen war, erfasste D. am linken Mittelfuss, diesen von der

medialen Seite her umgreifend, und schleuderte D. nach links herum, so dass er zu Fall kam. Der Verletzte war sofort ausser Stande, den Fuss zu gebrauchen; unter andauernden Schmerzen trat im Verlauf der nächsten Stunden erhebliche Schwellung ein.

Bei der Aufnahme bot sich folgender Befund dar: Der linke Fuss ist von den Zehen bis zu den Knöcheln hinauf beträchtlich geschwollen; am Mittelfuss, 2—3 cm von der Gelenklinie entfernt, finden sich Hautabschürfungen an der medialen Seite und auf dem Dorsum, an einer etwa zehnpfennigstückgrossen Stelle ist die Haut stark gequetscht. Der Metatarsus ist in toto lateralwärts verschoben und gleichzeitig abducirt, so dass seine Längsaxe mit der des Tarsus einen lateralwärts offenen Winkel von etwa 160° bildet. Der mediale Fussrand zeigt dem Metatarsale I entsprechend eine flache Einsenkung, deren proximale Begrenzung das I. Cuneiforme darstellt. Der letztgenannte Knochen ist als ein ca. 1½ cm hoher, annähernd rechtwinkliger Vorsprung deutlich abzutasten. Am lateralen Fussrand springt die Basis des Metatarsale V um ebensoviel mehr als in der Norm vor, während die in Höhe des Cuboides gelegene entsprechende Einsenkung wohl fühlbar, dem Blick aber durch die bedeutende Weichtheilschwellung entzogen ist. Ausserdem erscheint der Fuss im Lisfranc'schen Gelenk um ein Geringes plantarflectirt, ein Vorspringen der Basen der Metatarsalknochen nach dem Dorsum oder der Planta ist indessen nicht nachweisbar. Es handelt sich also um eine laterale Totalluxation des Metatarsus.

Die Reposition erweist sich trotz tiefer Narkose als schwierig und gelingt erst nach wiederholten Versuchen in der Weise, dass bei fixirtem Tarsus der Metatarsus zunächst hyperabducirt, dann unter möglichst kräftiger Extension und gleichzeitigem directem Druck auf die laterale Seite des V. Metatarsale adducirt wird. Dabei typisches Repositionsgeräusch und in der Gegend der Basen des II. und III. Metatarsale deutliche Crepitation. Fixation durch Gipsverband. Bei Abnahme des Verbandes — 8 Tage später — zeigt sich, dass eine geringe laterale Verschiebung noch besteht, bezw. wieder eingetreten ist. Ausserdem haben die beiden letzten Mittelfuss-Knochen jetzt die früher nicht bemerkbar gewesene Neigung, sobald der Metatarsus in die richtige Längsrichtung gebracht wird, mit ihren proximalen Enden etwas nach dem Dorsum abzuweichen. Nach thunlichster Correction neuer, ungepolsterter Gipsverband.

Nach 3 Wochen ist die Heilung soweit erfolgt, dass der Wiedereintritt einer Deformität nicht mehr zu befürchten ist. Etwa 5 Wochen nach der Verletzung sind die Fracturen völlig consolidirt. Der Fuss zeigt keine sicht- oder fühlbare Deformität. Auf dem Fussrücken mässiges Oedem. Die ganze Gegend des Lisfranc'schen Gelenks zeigt eine gleichmässige Verdickung, welche, wie die Palpation ergibt, zum Theil auf Callusbildung, zum Theil auf Infiltration der Weichtheile beruht. Beweglichkeit in den Tarso-Metatarsalgelenken ist nicht nachweisbar; Chopart'sches und Sprunggelenk sind nicht beeinträchtigt.

Der Befund vor der Reposition, sowie nach der Heilung wurde durch Röntgen-Aufnahmen bestätigt und ergänzt.

2. Im Fall Lacombe[12]) ist der Verletzte zugleich der Beobachter. L. war mit dem Pferd gestürzt und unter dieses zu liegen gekommen. Der laterale Fussrand lag dem Boden auf, derart jedoch, dass der distale Theil des Fusses frei über den Rand einer Bodenvertiefung hinausragte. Das Gewicht des Pferdes drückte also auf den medialen Rand der Fussspitze und des Mittelfusses. Es resultirte eine Verschiebung des ganzen Metatarsus nach der lateralen Seite; am medialen Fussrand stellte das I. Cuneiforme, am lateralen die Basis des V. Metatarsale einen sehr ausgesprochenen Vorsprung dar. Tarsus und Metatarsus bildeten einen lateralwärts offenen Winkel. Ausserdem aber zeigten die 4 letzten Mittelfussknochen eine Verschiebung in dorsaler Richtung, sie überragten, auf dem Tarsus reitend, die Gelenklinie um etwa 2 cm. Der ganze Fuss war dementsprechend verkürzt, das Fussgewölbe abgeflacht. Die Reposition wurde sogleich durch manuelle Extension versucht; «einen Bindenzügel anzulegen wagte man nicht, aus Furcht, ein Reiten der Metatarsalknochen auf einander, wozu einige Neigung bestand, herbeizuführen». Es gelang schliesslich, die Abduction zu beseitigen und den dorsalen Vorsprung zu verringern, es blieb aber der durch das I. Cuneiforme gebildete Vorsprung bestehen und das Metatarsale III war überhaupt nicht zu reponiren, da es — an seinem distalen Ende fracturirt — den Tractionsversuchen unzugänglich blieb. Nach 25 Tagen konnte L. mit Hilfe eines Schnürschuhes, dessen modellirte Holzsohle die ganze Planta unterstützte, gehen; das Auftreten mit blossem Fusse war unmöglich.

3. Laugier's[13]) Kranker fiel aus einer Höhe von 4 m von der Leiter herab. Die rechte Fussspitze traf zuerst mit ihrem medialen Rand auf den Boden auf, dann fiel der Verletzte auf die rechte Seite. Es bildete der mediale Fussrand einen stumpfen Winkel, der als Scheitel das I. Cuneiforme hatte. Dieses überragte das Metatarsale I um etwa 1 cm, so dass ein grosser Theil der Gelenkfläche unter der Haut zu fühlen war. Druck auf die um ebensoviel prominirende Basis des Metatarsale V bewirkte theilweise Reduction, beim Aufhören des Druckes trat sofort die Deformität wieder ein. Die beiden letzten Mittelfussknochen zeigten erhebliche abnorme Beweglichkeit, der II. war ungefähr in der Mitte fracturirt. Abgesehen von der lateralen Verschiebung bot das Metatarsale I noch isolirte Aussenrotation dar. Die Reposition gelang — in Narkose — sehr leicht durch gleichzeitigen Druck auf den lateralen Rand des Metatarsus einerseits, den medialen des Fusses andererseits. Die bei der Reduction in ganzer Breite des Tarsometatarsalgelenks wahrnehmbare Crepitation liess zahlreiche Fracturen annehmen. Kurzdauernde Fixation, beschränkte Functionsfähigkeit schon nach 14 Tagen.

4. Tutschek[14]) berichtet über einen Kanonier, der beim Zurückfahren der Geschütze verletzt wurde: «G. hatte dabei an seiner Kanone links Platz genommen und half, zwischen Protzrad und Kanonenrad gehend, mit schieben. Bei einer Bogenwendung, welche das Geschütz machen musste, gerieth nun, gerade als das Kanonenrad in spitzem Winkel über die Steinrinne ging, der rechte Fuss des G., welcher sich in diesem Augenblick in starker Beugestellung mit hochgehobener Ferse und bei nach vorne vorgebeugtem Knie befand, unter das Rad der Kanone; das Rad übte auf die äussere Seite der Ferse, bei in der Steinrinne momentan festgeklemmtem Vorderfuss, einen heftigen kurz vorübergehenden Druck und brachte durch Einwärtsdrücken der hinteren Hälfte des Fusses das Auswärtsrücken (Luxirung) der vorderen festgeklemmten Fusshälfte zu Stande.» T. fand «die ganze vordere Hälfte des Fusses nach aussen um gut ¾ Zoll verrückt», so dass die normale Prominenz der Basis des Metatarsale V um fast 1 Zoll vergrössert war; am medialen Fussrand stellte dementsprechend das I. Cuneiforme einen deutlichen rechtwinkligen Vorsprung dar. Es stand also das I. Metatarsale auf dem II. Cuneiforme, das II. Metatarsale auf dem III. Cuneiforme, das III. und IV. Metatarsale auf dem Cuboides, während die Gelenkfläche des V. unter der Haut zu fühlen war. Die Reposition erforderte trotz Narkose grosse Anstrengung. Sie wurde in der Weise ausgeführt, dass bei fixirtem Sprunggelenke am Fussende mittels umgelegter Handtücher unter leicht pendelnder Bewegung extendirt wurde, bei gleichzeitigem Druck auf den medialen Rand des proximalen, den lateralen Rand des distalen Fussabschnittes. Die Deformität zeigte keine Neigung zur Wiederkehr, so dass ohne festen Verband in 4 Wochen fast völlige Heilung erfolgte. T. nimmt an, dass keine ausgedehnte Bänderzerreissung vorgelegen hat, da Zeichen eines Blutergusses fehlten.

5. Mignot-Danton[15]) fand in seinem Falle Parallelverschiebung des ganzen Metatarsus nach der lateralen Seite, mit Prominenz des I. Cuneiforme am medialen, des V. Metatarsale am lateralen Fussrand, ausserdem aber einen durch das Scaphoides gebildeten dorso-medial gerichteten Vorsprung. Fracturen waren nicht nachzuweisen. Er nimmt an, dass die Verletzung durch einen heftigen Stoss gegen das Cuboides, über dem sich eine Sugillation fand, zu Stande gekommen sei. Die Reposition war leicht. Der Operateur legte den Metatarsus mit dem lateralen Rande auf sein eigenes Knie und übte, während bei fixirtem Unterschenkel ein Assistent am Metatarsus mittels Bindenzügels extendirte, einen Druck auf den medialen Rand des Tarsus aus. Fester Verband wurde nicht angelegt. Nach 3 Wochen Gehen ohne Beschwerden trotz Oedems.

6. Im Fall von Abadie-Tourné[16]) wurde der Fuss des mit dem Entladen eines Kippwagens beschäftigten Arbeiters vom Querholz des Wagens erfasst. Genauere Angaben über den Mechanismus fehlen. Der «stark nach aussen geworfene» Metatarsus bildete mit dem Tarsus einen lateralwärts offenen spitzen (?) Winkel. Das Gelenk zwischen I. Cuneiforme und I. Metatarsale war breit eröffnet. Die Basen der Metatarsalien bildeten einen leichten Vorsprung auf dem Fussrücken, in der Gegend des Metatarsale II bestand Crepitation. Beträchtliche Blutung aus der Plantaris interna. Die Section des sogleich sub talo exarticulirten Fusses ergab: Vollständige Zerreissung der zu den vier letzten Mittelfussknochen gehörenden Bänder, unvollständige derjenigen des I., Fractur des Metatarsale II 1 cm distal der Gelenkfläche, Abreissung eines Theils der Basis des Metatarsale III, intraarticuläre Fractur des V.

7. In der Beobachtung von Monnier[17]) (Fall Bellangé) war die Verletzung durch Auffallen von schweren eisernen Platten auf den Fuss zu Stande gekommen. Die einwirkende Gewalt traf zuerst den medialen Fussrand; der Stoss war so heftig, dass der Verletzte zu Boden geworfen wurde. M. fand den Metatarsus «nach aussen geworfen», den medialen Fussrand stärker convex mit einem Vorsprung etwa in der Mitte. Am lateralen Fussrand starke Prominenz der Basis des Metatarsale V, proximal davon eine deutliche Vertiefung. Die transversale Wölbung des Mittelfusses war abgeflacht. Am Köpfchen des Metatarsale I liess deutliche Crepitation eine Fractur erkennen, deren Sitz etwa 1½ cm von der Gelenkfläche entfernt war. Der sagittale Durchmesser des Fusses war verkleinert, der transversale in Höhe des Lisfranc'schen Gelenkes um 1½ cm vergrössert. Die Reposition gelang leicht in der Art, dass bei fixirtem Tarsus der Metatarsus «medialwärts geführt» wurde. Dabei deutliches Gefühl des Gleitens der Gelenkflächen. Es bestand keine

[12]) Lacombe, Luxation du métatarse en haut et en dehors. Rev. méd.-chir. V. 245.
[13]) Monnier l. c.

[14]) Tutschek, Ein Fall von vollkommener Luxation etc. Deutsche Klinik 1854. 34.
[15]) Monnier l. c.
[16]) Monnier l. c.
[17]) L. c.

Tendenz zur Wiederkehr der Deformität; nach 3 Wochen war — ohne Anwendung von Contentivverbänden — der Verletzte soweit hergestellt, dass er, wenn auch mit Beschwerden, gehen konnte.

Ueberblicken wir die angeführten Krankengeschichten, so ergibt sich als allen oder den meisten gemeinsam Folgendes: Eine auf den medialen Rand des Metatarsus bezw. der Fussspitze einwirkende beträchtliche Gewalt bringt eine Verschiebung des Metatarsus als Ganzen nach der lateralen Seite unter Abductionsstellung zu Stande. Am medialen Fussrand bildet das I. Cuneiforme, am lateralen die Basis des V. Metatarsale einen mehr oder weniger deutlich unter der Haut zu fühlenden Vorsprung. Die Verschiebung geht unter Fractur eines oder mehrerer Mittelfussknochen vor sich. Von diesem Typus weichen einzelne Beobachtungen in dieser oder jener Richtung ab. Im Fall Tutschek traf die einwirkende Gewalt nicht den Mittelfuss, sondern die laterale Seite der Ferse. Bei Lacombe handelt es sich um eine «divergirende Luxation», es bestand nicht nur neben der lateralen Verschiebung auch eine dorsale, vielmehr scheint diese, wie schon Hitzig hervorgehoben hat, eine sehr wesentliche Rolle gespielt zu haben — Dislocatio ad longitudinem von etwa 2 cm! —, und es ist nicht unwahrscheinlich, dass hier die laterale Luxation erst secundär aus einer dorsalen entstanden ist. Laugier erwähnt isolirte Aussenrotation des Metatarsale I und auffallende abnorme Beweglichkeit der letzten Mittelfussknochen, die leicht eine partielle Reduction mit sofortigem Zurückfedern in die fehlerhafte Stellung gestattete. Die Fälle von Mignot-Danton und Tutschek sind insofern von Bedeutung, als bei ihnen die Abductionsstellung des Metatarsus fehlt. M.-D. wenigstens bezeichnet ausdrücklich die neue Stellung des Metatarsus als der alten parallel. Worauf die von ihm beobachtete dorso-mediale Prominenz des Scaphoides beruhte, ist mir aus der Beschreibung nicht klar geworden; die Erklärung, die er selbst dafür gibt — isolirte Wirkung des Peroneus brevis —, scheint mir nicht zutreffend. Eine Fractur wurde von Tutschek nicht nachgewiesen. Dorsale Prominenz des Metatarsus neben der lateralen finden wir auch bei Abadie-Tourné. Im Uebrigen hatte hier die einwirkende Gewalt so multiple und schwere Laesionen gesetzt, dass die Verletzung kaum noch als eine typische aufgefasst werden kann, dass es sich vielmehr um eine directe völlige Zertrümmerung der Knochen und Weichtheile in der Gegend des Lisfranc'schen Gelenks gehandelt hat. Eine Abflachung der transversalen Fusswölbung erwähnt nur Monnier.

In unserem Falle gewährte die Durchleuchtung des Fusses nähere Aufschlüsse über den Grad der Verschiebung und die Nebenverletzungen. Wir sehen zunächst (Fig. 1), dass es sich in der That um Luxation des ganzen Metatarsus nach der lateralen Seite handelt. Es ist um die ganze Breite des Cuneiforme I dislocirt, so dass dessen laterale Fläche mit der medialen des I. Metatarsale ungefähr in einer Ebene liegt. Dementsprechend haben die Basen der beiden letzten Mittelfussknochen das Cuboides völlig verlassen. Das Köpfchen des Metatarsale II zeigt einen Splitterbruch; das am weitesten medial gelegene Bruchstück ist an seiner Stelle geblieben. Vom Metatarsale III ist ein mit seiner circa 1 cm breiten Basis lateralwärts gerichteter Keil herausgebrochen. Eine dorsale oder plantare Verschiebung besteht, wie aus Fig. 2 ersichtlich, nicht. Das nach der Heilung gewonnene Bild (Fig. 3) lässt erkennen, dass die Reposition nahezu vollkommen gelungen ist. Die Gelenkflächen des I. Cuneiforme und I. Metatarsale sind wieder in Contact, Metatarsale IV und V haben ihren Platz auf dem Cuboides wiedergewonnen. Die Dislocation des II. und III. Metatarsale indessen ist nicht völlig beseitigt; die Basis des III. steht — anstatt dem Cuneiforme III direct gegenüber — noch an der Grenze von diesem und dem Cuboides, und die Fortsetzung der Längsaxe des II. trifft den lateralen Falzwinkel, anstatt die Mitte des II. Cuneiforme. Uebrigens lässt der Callus die Contouren, besonders der Fracturstellen, bereits weniger deutlich hervortreten. Ein Theil der Gelenkflächen, namentlich in der Umgebung des III. Metatarsale, scheint knöcherne Verwachsung eingegangen zu sein.

(Schluss folgt.)

Aus dem physiologischen Laboratorium zu Genf. Professor Dr. J. L. Prevost.

Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Galle und der gallensauren Salze auf das Centralnervensystem*).

Vorläufige Mittheilung von *Adolf Bickel.*

Ich werde im Folgenden kurz über die Resultate von Versuchen berichten, die ich im physiologischen Laboratorium des Herrn Professor Dr. J. L. Prevost zu Genf über den Einfluss der Galle und der gallensauren Salze auf das Centralnervensystem der Wirbelthiere anstellte. Ich behalte mir vor, in einer späteren Arbeit auf diesen Gegenstand von Neuem zurückzukommen.

Die Experimente wurden so angeordnet, dass den Thieren in der Aether- oder Chloralnarkose das Schädeldach an einer beliebigen Stelle in kleinem Umkreise aufgebrochen und die Oberfläche der Hemisphären freigelegt wurde. Auf diesen Rindenbezirk trug ich dann, wenn die Thiere aus der Narkose erwacht waren und die Blutung aufgehört hatte, entweder die zu einem dünnflüssigen Brei eingedampfte Galle vom Ochsen oder Hunde in geringer Menge auf, oder es wurde die blossgelegte Hemisphärenstelle mit Natrium taurocholicum oder glycocholicum (Merck) bestreut.

Als Versuchsthiere kamen Hunde, Katzen, Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten, Tauben, Eidechsen und Frösche zur Verwendung.

Welche der oben genannten Substanzen auf die freigelegte Hirnrinde aufgetragen wurde und welches die zum jeweiligen Experiment auf der Oberfläche der Hemisphären ausgewählte Stelle sein mochte, stets konnte ich bei den einzelnen Thierarten im Grossen und Ganzen die gleichen Folgeerscheinungen beobachten.

Die Säugethiere zeigten kurze Zeit nach der Application der concentrirten Galle oder der gallensauren Salze auf das Grosshirn epileptiforme Anfälle, bei denen die der gereizten Halbkugel gegenüberliegende Körperseite vorzüglich von den Krämpfen befallen wurde. Aber auch die mit der betreffenden Hemisphäre gleichseitig liegenden Körpertheile blieben hiervon nicht verschont.

Nur die Meerschweinchen schienen von dieser Regel eine Ausnahme zu machen; denn die Thiere, welche mir zur Beobachtung kamen, zeigten seltsamer Weise stets die heftigeren nervösen Symptome in der Musculatur der Körpertheile, welche der gereizten Hemisphäre gleichseitig waren.

Die Anfälle begannen gewöhnlich etwa 10—15 Minuten nach Auftragen der Substanzen auf die Oberfläche des grossen Gehirns mit einem Trismus der Kaumusculatur. Hieran schlossen sich dann tonische und klonische Krämpfe zumeist in den der gereizten Hemisphäre gegenüberliegenden Extremitäten, die dann in der Folgezeit auf alle 4 Gliedmassen übergriffen. Häufig konnte ich auch Zuckungen in der mimischen Gesichtsmusculatur, heftiges Auf- und Niederschlagen des einen oder anderen Augenlides und fast regelmässig einen ganz ausserordentlich starken Speichelfluss beobachten. In manchen Fällen, hauptsächlich aber bei den Kaninchen, Meerschweinchen und Ratten wurden Zwangsbewegungen aller Art constatirt; bald waren sie vom Typus der Reitbahnbewegung, bald zeigten die Tiere Rotation um die Längsachse des Körpers; oder es machte sich ein eigenthümlicher Drang rückwärts zu gehen bei ihnen bemerkbar.

Die lange Rumpf- und Halsmusculatur blieb von den Krämpfen gleichfalls nicht verschont. Neben zwangsartigen Verkrümmungen der Brustwirbelsäule kam mitunter eine eigenthümliche Torsion des Halses nach dieser oder jener Richtung hin zur Beobachtung.

Bei einem meiner Hunde, dessen rechte Hemisphäre im frontalen Bereiche der zweiten Urwindung lateral vom Centrum des Orbicularis palpebrarum (Landois) mit Natrium taurocho-

*) In's Deutsche übertragen nach dem der Akademie der Wissenschaften zu Paris vorgelegten Bericht über den gleichen Gegenstand. — «Action de la bile et des sels biliaires sur le système nerveux.» Comptes rendus des séances de l'académie des sciences. Paris, le 29 mars 1897.

licum gereizt worden war, konnte ich folgendes interessante Athmungsphänomen beobachten: Die Athemzüge, welche bis zu einem gewissen Momente nichts Auffallendes geboten hatten, nahmen plötzlich an Schnelligkeit zu und wurden dabei sehr geräuschvoll. In dieser Hinsicht erreichte die Erscheinung einen Höhepunkt, von dem dann die Athmung allmählich wieder zu dem Zustande zurückkehrte, in dem sie vor der Steigerung sich befunden hatte. Dieses Phänomen konnte ich in Zwischenräumen während der zweiten Periode der Anfälle, von der wir weiter unten noch reden werden, etwa 10 mal beobachten.

Dasselbe Versuchsthier schien mir in der ersten Zeit, nachdem es die Anfälle überstanden hatte, eine Alteration des Gesichtsinnes aufzuweisen. Es stiess an alle Gegenstände an, denen es beim Gehen im Zimmer begegnete, offenbar ohne sie zu bemerken. Endlich zeigte es leichte Lähmungserscheinungen in den linken Extremitäten, Phänomene, die jedoch am folgenden Tage nach dem Versuch ganz verschwunden waren.

Endlich sei noch darauf hingewiesen, dass ich sehr häufig den mehr oder minder lang andauernden Verlust des Bewusstseins bei den Thieren während der Krampfanfälle habe constatiren können.

Bei den Thieren, welche die Krampfanfälle überstanden, liess sich das Krankheitsbild in drei Perioden eintheilen:

Erste Periode: Kurzdauernde Krämpfe in den Kaumuskeln und den Extremitäten; in erster Linie meist in den Extremitäten der der gereizten Hemisphäre gegenüberliegenden Körperseite. Beim Meerschweinchen jedoch gewöhnlich umgekehrt. Bewusstseinsstörung nicht nachweisbar.

Zweite Periode: Heftige, langanhaltende Anfälle von Krämpfen in den Kaumuskeln; tonische und klonische Krämpfe in allen Extremitäten. Convulsionen über den ganzen Körper. Enormer Speichelfluss. Zwangsbewegungen. Erweiterung der Pupillen. (Hund, Katze.) Bewusstseinsverlust während der Anfälle.

Dritte Periode: Die Anfälle lassen nach an Zahl und Heftigkeit. Die Thiere befinden sich in einem komatösen Zustande. Nach und nach kommen sie zu sich. Nach einigen Stunden sind sie wieder normal.

Die Erscheinungen, welche ich während der zweiten Periode beobachten konnte, variirten etwas mit der Art des Thieres.

Die Ratten richteten sich ruckweise auf ihre Hinterpfoten immer höher und höher auf, bis sie endlich nach hinten oder zur Seite umschlugen. Während des Aufrichtens zeigten die Vorderextremitäten ununterbrochen kleine Zuckungen; waren die Thiere umgeschlagen und lagen sie am Boden, so konnte man mitunter in allen Gliedmassen tonische und klonische Krämpfe nachweisen. Alsdann brachten sich die Ratten wieder in ihre normale Lage und begannen von Neuem sich aufzurichten, schlugen von Neuem um und führten so nicht selten über eine Stunde immer die gleichen Bewegungen aus.

Bei den Meerschweinchen und Kaninchen habe ich ähnliche Erscheinungen beobachtet. Bemerkenswerth waren bei diesen Thieren ausserdem die Reitbahn- und Rollbewegungen um die Längsaxe des Körpers. — Hauptsächlich die mit Natrium taurocholicum behandelten Kaninchen zeigten einen ausserordentlich starken Bewegungsdrang, der sich entweder in der Neigung der Thiere, rückwärts zu gehen, kundgab, oder der die Thiere antrieb, von Zeit zu Zeit, gleich Wahnsinnigen, im Zimmer umherzuspringen. Dabei stiessen die Thiere allenthalben an, prallten von den Wänden zurück und wurden dann am Boden liegend von den heftigsten Convulsionen befallen.

Bei den Hunden und Katzen, die während dieser zweiten Periode auf der Seite am Boden lagen, war vor Allem der Verlust des Bewusstseins neben den heftigsten tonischen und klonischen Krämpfen der Extremitäten, wie der gewaltige Speichelfluss und die Dilatation der Pupillen bemerkenswerth.

Ausser an Säugethieren experimentirte ich, wie oben schon erwähnt, noch an Vögeln, Reptilien und Amphibien. Aber bei Reizung der Grosshirnhalbkugeln mit den Eingangs angeführten Substanzen habe ich weder bei den von mir operirten Tauben, noch bei meinen Eidechsen und Fröschen die geringsten Krampfanfälle oder andere von jenen Symptomen beobachten können, die für die Reizung des Centralnervensystems mit Galle oder den gallensauren Natronsalzen bei den Säugethieren charakteristisch sind.

Meine Versuche lehren also, dass die Galle, wie im besonderen die beiden gallensauren Natronsalze für das Centralnervensystem gewisser Thiere starke Gifte sind. Es wird durch diese Experimente bewiesen, dass das Auftragen der obengenannten Stoffe auf die Oberfläche der Hemisphären bei Säugethieren (Hund, Katze, Kaninchen, Meerschweinchen, Ratte) verschiedenartig charakterisirte Gehirnsymptome, vor allen Dingen aber Bewusstseinsverlust und Krämpfe, begleitet von einer enormen Speichelsecretion hervorruft.

Diese Erscheinungen erinnern an die Symptome von Seiten des Nervensystems, welche man in gewissen Fällen von schwerem Ikterus am Krankenbette zu beobachten Gelegenheit hat. Es ist nicht ausgeschlossen, dass man in den Fällen, wo es sich um eine Gallenretention im Organismus handelt, die dann auftretenden nervösen Störungen der Einwirkung der gallensauren Salze auf das Centralnervensystem in erster Linie zuschreiben darf.

Ueber Neurasthenie und Hysterie und die Beziehungen beider Krankheiten zu einander.*)

Von Dr. *A. Boettiger*, Nervenarzt in Hamburg.

M. H.! Die Kenntniss der beiden praktisch wichtigsten functionellen Erkrankungen des Nervensystems, der Neurasthenie und Hysterie, hat in den letzten Jahren grosse Fortschritte gemacht, nicht zum mindesten durch die Unfallgesetzgebung und die vermehrte Beobachtung von Neurosen als Folgekrankheiten von Traumen. Dass aber bisher ein einheitlicher Standpunkt in den Ansichten über das Wesen dieser Krankheiten unter den Autoren erreicht sei, wird Niemand behaupten wollen. Im Gegentheil, die Beurtheilungen unterscheiden sich himmelweit von einander, was schon aus reinen Aeusserlichkeiten ersichtlich ist. Was z. B. die Neurasthenie anbetrifft, so haben unter Anderen in letzter Zeit Bouveret und Binswanger ganze dicke Bücher über diese Krankheiten geschrieben, während andererseits Gowers, doch auch ein sehr angesehener, tüchtiger Neurologe, es fertig bringt, das, was er unter Neurasthenie versteht, in seinem Handbuch der Nervenkrankheiten auf 1—2 Seiten abzuhandeln. Das spricht wohl reichlich für eine Verschiedenheit der Auffassung. Und ähnlich ist es bei der Hysterie, wo der Streit sich aber mehr um die einzelnen Symptome, ihr Wesen und die Frage ihrer Zugehörigkeit zur Hysterie dreht, als um die Berechtigung oder Nichtberechtigung der Abgrenzung des ganzen Krankheitsbildes von mit ihm verwandten anderen. Und was das Verhältniss beider Neurosen, Neurasthenie und Hysterie, zu einander betrifft, so erwähne ich nur nebenher eine hoffentlich nun historisch gewordene Ansicht, dass nämlich das, was beim Manne Neurasthenie sei, beim Weibe Hysterie zu benennen sei, oder mit anderen Worten, dass es keine weibliche Neurasthenie und keine männliche Hysterie gäbe. Ich entsinne mich nicht, noch in letzter Zeit von ernst zu nehmenden Forschern diesen Unsinn gelesen oder gehört zu haben.

Aber weniger einig ist man sich über die Abgrenzung beider Neurosen gegeneinander. Während die Einen z. B. die Hysterie scharf umgrenzen und als eine wohl charakterisirte Krankheit herausheben, stehen Andere, unter ihnen in letzter Zeit noch Donath in Wien, auf einem mehr verschwommenen unklaren Standpunkt und meinen, eigentlich seien Neurasthenie und Hysterie doch gar nicht scharf zu trennen und es sei rein willkürlich, ob man einen Zustand lieber mit diesem oder jenem Namen belegen wolle. Nun, nichts ist verkehrter als eine solche Anschauung; Neurasthenie und Hysterie sind im Gegentheil so grundverschiedene Krankheiten, wenn sie sich auch häufig combiniren, dass gar nicht streng genug eine Scheidung der beiden verlangt werden muss. Und dass dieselbe möglich ist, möchte ich Ihnen im Folgenden zu beweisen versuchen.

*) Vortrag, gehalten im ärztl. Verein Hamburg am 27. April 1897.

Zur leichteren Verständigung ist es nöthig, dass ich in kurzen Zügen Ihnen ein Bild der reinen Neurasthenie und der reinen Hysterie entwerfe. Bezüglich der Neurasthenie stehe ich fast ohne jegliche Einschränkung auf dem Standpunkt, den Binswanger in seiner vorzüglichen Monographie «Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie» eingenommen hat. Wir verstehen das Wesen der Neurasthenie am leichtesten, wenn wir ihre Entwickelung in's Auge fassen und andererseits normale physiologische Zustände, vor Allem die der durch Anstrengungen bedingten normalen Ermüdung und Erschöpfung, zum Vergleiche heranzuziehen. Hierher gehören die Beängstigungen und Angstzustände nach Zeiten geistiger Ueberarbeitung, die Gliederschmerzen nach anstrengenden Märschen oder Turnübungen, das Augenflimmern nach stundenlangem übermässigem Lesen zumal bei ungenügender Beleuchtung, der Kopfdruck, wenn gleichzeitig vielleicht noch eine warme Gasflamme den Schädel bestrahlt hat, das Ohrensausen, die Verminderung von Geschmack und Geruch, wenn alle diese Sinnesorgane abnorm intensiv in Anspruch genommen worden sind, das Herzklopfen und die Kurzluftigkeit nach übermässigen Bergtouren, die Magenverstimmung nach Feiertagen mit reichlichem Genuss von Kuchen oder der Katzenjammer nach Excessen in Baccho, endlich die Impotenz nach Excessen in Venere u. dgl. m. Für alle diese Zustände finden wir Analoga bei der Neurasthenie; charakteristisch für diese ist aber nun, dass die Ermüdungszustände der einzelnen Organe oder des ganzen Organismus sich nicht erst einstellen nach übermässigen Anstrengungen, sondern bereits nach leichten Zumuthungen an das Nervensystem; und ferner gleichen sich die leicht erworbenen Erschöpfungszustände nicht etwa leicht wieder aus, sondern setzen sich recht hartnäckig fest. Die Neurasthenie ist eine in Permanenz erklärte Erschöpfung. Und hat sich ein solcher Zustand etablirt, so finden wir in der Hauptsache 2 Gruppen von Krankheitserscheinungen, die leichte Ermüdbarkeit aller Organe und die Ueberempfindlichkeit des Nervensystems, sowohl gegen von aussen kommende Reize als auch gegen solche, welche im Organismus selbst entstehen und normaliter überhaupt nicht zur Apperception gelangen. Der Neurastheniker fühlt z. B. schon seinen normalen, ruhigen Puls unangenehm am Halse, in den Schläfen und in den Ohren, die normalen Darmbewegungen erzeugen ihm die gräulichsten und unerträglichsten Sensationen und die Defaecation ist von enormen Schmerzen begleitet. Es würde mich zu weit führen, wollte ich jedesmal sämmtliche Symptome einschlägiger Art anführen; ich kann mich nur darauf beschränken, jedesmal zur Illustration einzelne Beispiele beizubringen.

Selbstverständlich überwiegen bald die Symptome der Ueberempfindlichkeit, bald die der herabgesetzten Functionsfähigkeit; das sind individuelle, keine principiellen Unterschiede. Ausserdem können die grössten graduellen Verschiedenheiten bestehen, angefangen von der leichten nervösen Reizbarkeit, der einfachen leichten Nervosität, bis zu den höchsten Graden schwerer Neurasthenie, deren eines Paradigma Sie in der von Möbius so genannten Akinesia algera wiederfinden. Ich stimme Binswanger in der Registrirung dieses Krankheitsbildes unter die schweren Formen der Neurasthenie vollkommen bei. Denn graduelle Unterschiede in Symptomencomplexen sollen niemals zur Trennung derselben in verschiedene Krankheitsgruppen führen.

Betrachten wir uns nun die Klagen und die Symptome der Neurastheniker etwas genauer, so werden wir finden, dass sie sich über den ganzen Körper und alle seine Theile erstrecken entsprechend der Erfahrung, dass jegliche animale Lebensäusserung nervösen Einflüssen, dem nervösen Regiment unterworfen ist. Charakteristisch ist ferner, dass ein Neurastheniker fast stets im Stande sein wird, Ihnen seine Klagen zu detailliren und bis in's Kleinste darzulegen. Er wird Ihnen dabei selten sagen: Ich habe Kopf- und Kreuzschmerzen etc., sondern er zieht Vergleiche und spricht in Bildern; er sagt: Mir ist der Kopf wie in einen Schraubstock eingepresst; obenauf ist mir, wie wenn Jemand mit einem Schlüssel durch den Schädel bohren wollte; auf der Nase ein Gefühl, wie wenn ein Sattel aufgeschnallt wäre; die Arme, wie wenn sie mit schweren Sandsäcken niedergehalten würden; im Kreuz, wie wenn es abbrechen wollte; an den Beinen, wie wenn das Fleisch von den Waden los wäre; ferner im Halse, wie wenn die Kehle zugeschnürt würde, oder wie wenn eine Kugel vom Magen aufstiege (der berühmte Globus hystericus, der aber gar nichts specifisch Hysterisches ist); im Magen, wie wenn ein Stein darin läge; in den Därmen, wie wenn sie durcheinander gewühlt würden oder wie wenn ein Hinderniss an einer bestimmten Stelle in der Passage wäre. Die Sensationen können übrigens im Unterleibe so sehr localisirt werden, dass sie einen Chirurgen veranlassen können, ein oder selbst zwei Mal zu laparotomiren, wie mir das hier bei einem meiner Patienten passirt ist.

Die Art der Neurastheniker, ihre Klagen vorzubringen, ist so charakteristisch, dass ich noch immer bei Leuten, die mir mit gar zu unbestimmten Angaben, vielleicht einfach über Schwindel, Kopf- und Kreuzschmerzen oder dergleichen ankamen und ihre Beschwerden nicht näher, immer entsprechend ihrem Bildungsgrad, beschreiben konnten, stutzig geworden bin, zumal wenn sie Anspruch auf irgend welche Entschädigungen in Folge Unfall oder Invalidität zu erheben im Begriff waren, ob sie nicht simulirten. Denn, und damit kommen wir zu den objectiven Symptomen der Neurasthenie, wir brauchen bei einem selbst schweren Neurastheniker bei der Untersuchung durchaus nicht irgend welche objectiv nachweisbaren Krankheitserscheinungen zu finden. Ueberhaupt ist selbst bei den schwersten Fällen die Ausbeute an objectiven Krankheitssymptomen immer nur gering. Wenn wir sie kurz aufzählen, so möchte ich zuerst nur im Allgemeinen die Ermüdungserscheinungen erwähnen, also z. B. den Nachlass der groben Kraft bei Prüfung mit dem Dynamometer oder mit Einschaltung von Widerständen in die zu prüfenden Bewegungen, die leichte Ermüdung der Convergenz bei längerem Fixiren, die Ermüdungserscheinungen des Gesichtsfeldes, die aber niemals bei einer reinen Neurasthenie sehr hochgradige sind, u. s. w. Ferner die gesteigerte mechanische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln, die Hyper- oder auch Hypalgesie der Haut; Tremor in den Extremitäten, namentlich bei psychischer Erregung. Die Sehnenreflexe sind gewöhnlich lebhaft gesteigert.

Die Hautreflexe verhalten sich verschieden, je nach der Stimmung der Patienten, worauf ich ganz besonders aufmerksam machen möchte. Betrachten wir z. B. die Sohlenstich- und -strichreflexe. Ich benütze zu ihrer Untersuchung eine Stecknadel und den Stiel des Percussionshammers. Erzeugt man bei Gesunden den Strichreflex durch einen kurzen kräftigen Strich von der Ferse nach den Zehen zu bei Rückenlage des zu Untersuchenden, so entsteht eine Dorsalflexion des Fusses und Flexion im Knie- und Hüftgelenk; der normale Stichreflex hingegen besteht nur in einer Plantarflexion der Zehen im Sinne der Wirkung der Interossei. Bei lebhaft erregten, exaltirten Neurasthenikern finden wir fast ohne Ausnahme eine Steigerung der Sohlenreflexe und dann ähnelt der Stichreflex dem Strichreflex; bei ängstlich deprimirten, hypochondrisch gestimmten Neurasthenikern hingegen tritt eine mehr minder hochgradige Herabsetzung der Reflexe ein und zwar verschwindet der Strichreflex, obwohl er der stärkere ist, regelmässig früher als der Stichreflex. Es ist daher gar kein seltenes Vorkommniss, dass der Strichreflex fehlt, der Stichreflex aber gleichzeitig noch schwach vorhanden ist. In hochgradigen Fällen fehlen beide Reflexe. Dieses Verhalten verfolge ich nun schon seit geraumer Zeit bei meinen Patienten und habe gefunden, dass es ganz gesetzmässig ist; man kann fast behaupten, dass ein Patient, der lebhafte Sohlenreflexe zeigt und dabei einen tief deprimirten Gesichtsausdruck zur Schau trägt, bezüglich des letzteren Comödie spielt und derartige Verstellung ist bei den Neurosen nach Trauma gar nicht so selten.

Eine weitere sehr wichtige Gruppe von objectiven Zeichen der Neurasthenie sind die circulatorischen Anomalien; also vor Allem die Herzinnervationsstörungen, sodann die angiospastischen und angioparalytischen Erscheinungen, die localen ischaemischen und hyperaemischen Zustände, das idiopathische Oedem, das anfallsweise Absterben einzelner Glieder, beides häufig verbunden mit den quälendsten Acroparaesthesien. Ferner die grosse Gruppe der secretorischen Anomalien, z. B. die zum Theil auch mit auf circulatorischen Störungen beruhende Aenderung der Schweisssecretion, die Hyper- und Anhidrosis und die dadurch bedingte Herabsetzung oder Erhöhung des elektrischen Leitungswiderstandes der Haut. Ferner gehören hierher die Anomalien in der Ab-

sonderung der Verdauungssäfte, am bekanntesten die Hyper- oder Anacidität des Magens. Wie sehr diese Anomalien übrigens von dem Zustande des Nervensystems abhängen, dafür möchte ich ein ganz eclatantes Beispiel aus meiner klinischen Assistentenzeit in Halle (Nerven- und Irrenklinik des Geheimrath Prof. Dr. Hitzig) anführen.

Es wurde damals vielfach die Frage von der Abhängigkeit der Neurosen und Psychosen von Krankheiten des Magens ventilirt. Und so hatte ich bei einem Patienten, einem hochgebildeten Professor einer technischen Hochschule, einem ausserordentlich schweren, tief deprimirten und hypochondrisch verstimmten Neurastheniker, regelmässig alle 2—3 Tage die Acidität des Magensaftes zu bestimmen. Der Kranke wurde im Zustande fast einer Akinesia algera aufgenommen, besserte sich dann ganz allmählich aber stetig in seinem körperlichen Befinden, so dass er schon wieder weite Spaziergänge unternehmen konnte, während seine abnorm pessimistische Stimmung anhielt. Er glaubte trotzdem und alledem, dass er ein Kind des Todes sei. Während dieser ganzen Zeit fand sich bei ihm nie auch nur eine Spur freier Salzsäure. Da wurde er von Herrn Geheimrath Hitzig zu einer Gesellschaft eingeladen, ein erster gesellschaftlicher Versuch und ein erstes Wiedersehen mit seiner Frau nach mehrmonatlicher Pause. Er war am anderen Tage selbst erstaunt, wie vorzüglich er Alles, Speisen, Getränke und vor Allem die lebhafte Unterhaltung und die beträchtlichen Gemüthsbewegungen hatte vertragen können und gewann wieder volles Selbstvertrauen zu sich und seiner Gesundheit. Und als wir einige Tage darnach den Magensaft wieder untersuchten, fanden wir zu unserem Erstaunen anstatt der Anacidität eine Hyperacidität, welche auch für die Folge anhielt.

Dieser Fall, und er steht nicht etwa vereinzelt, beweist ganz klar, wo die primäre Erkrankung zu suchen ist, wenn Magenstörungen functioneller Art und allgemeine Neurosen zusammentreffen, nicht etwa im Magen, sondern im Centralnervensystem. Das sehr seltene umgekehrte Verhalten wird sich stets anamnestisch klarstellen lassen.

Schliesslich wären von Anomalien noch zu nennen beim Manne die Spermatorrhoe und verwandte Erscheinungen und bei Frauen die Menstruationsanomalien. Wie sehr dieselben von einem Einfluss des Nervensystems abhängig sind, mag Ihnen der Umstand beweisen, dass bei typischer schwerer Melancholie der Frauen es durchaus zum Krankheitsbilde gehört, dass die Menses cessiren, um erst mit dem Abklingen der Psychose als ein Zeichen der herannahenden Genesung wiederzukehren.

Die psychischen Erscheinungen der Neurasthenie haben wir schon mehrfach gestreift, sie liegen zum grossen Theil auf dem Gebiete der Gefühlsthätigkeit, der Stimmungsanomalien. Die Stimmung ist bald reizbar, bald deprimirt, hypochondrisch gefärbt; überhaupt treten dazu vielfach hypochondrische Vorstellungen auf. Ferner gehört hierher das ganze grosse Gebiet der Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen, Symptome, denen ein Mangel an Vorrath von Energie und Selbstüberwindung zu Grunde liegt. Holen wir unsere Analoga wieder aus dem normalen Vorstellungsleben: Es ist gewiss Jedem von Ihnen schon vorgekommen, dass ihm einmal ein verrückter, absurder Gedanke in den Sinn gekommen ist, z. B.: jetzt möchtest du wohl aus dem I. Rang das Opernglas hinunter in's Parquet werfen, oder Aehnliches mehr. Sie werden sich aber sofort sagen: Das ist ja Unsinn, wie kann ich so etwas denken! und Sie schütteln den Gedanken ab, was Ihnen gar nicht schwer fällt. Nicht so beim Neurastheniker; auch er bekommt den Gedanken mit dem Opernglas, seine Gehirnthätigkeit ist aber nicht so mächtig, diesen Gedanken ohne Weiteres zu eliminiren. Im Gegentheil, derselbe Gedanke kommt immer wieder, drängt sich in den Vordergrund; der Kranke hört und sieht nicht mehr, was auf der Bühne vor sich geht, bekommt Angst, dass er wirklich diesem Gedanken nachgeben könnte, der Angstschweiss bricht aus, die Glieder zittern ihm und er muss endlich seinen Platz verlassen, um dann draussen vielleicht irgend etwas zu Boden zu schmettern, eine Explosion, die ihm erst wieder einigermaassen Ruhe gibt.

Dass sich aus Neurasthenien, besonders wenn die psychischen Erscheinungen im Vordergrunde stehen, schliesslich schwere Psychosen, namentlich Melancholie und Manie entwickeln können, will ich nur nebenher betonen. Diese Gefahr zwingt aber dazu, keinen Fall von vorwiegend cerebraler Neurasthenie leicht zu nehmen. Namentlich genügt es durchaus nicht, wenn solche Patienten von ihrem Arzte die Versicherung erhalten: Oh, das ist nur nervös, da ist nichts weiter zu machen, rauchen Sie nicht, trinken Sie nichts und gehen Sie viel spaziren, dann wird es schon von selbst besser. Diese Verordnungen und allenfalls noch morgendliche kalte Abreibungen erschöpfen in keiner Weise das, was der Arzt thun kann, um seine Patienten wieder lebensfroh und leistungsfähig zu machen und — sie vor dem Ueberlaufen zu Naturärzten, Homöopathen und noch schlimmeren Pfuschern zu bewahren.

Noch 2 Worte über die Aetiologie, die ja sehr klar liegt. Vor Allem ist die nervöse Disposition, die hereditäre Veranlagung zu Nervenkrankheiten und die von Haus aus mangelhafte schwächliche Ausbildung des Nervensystems und seiner Functionsfähigkeit zu berücksichtigen. Dazu kommen dann psychische und physische Ueberanstrengungen und Insulte, chronische Vergiftungen, namentlich mit Alkohol und Nicotin, ferner schwächende, chronische oder acute Krankheiten, oder Geburten und Laktationen etc. Meist lässt sich das Zusammentreffen mehrerer Schädlichkeiten erkennen.

So viel von der Neurasthenie; ich habe mich darauf beschränken müssen, nur einen orientirenden Ueberblick zu geben, damit mir noch einige Zeit für die wichtigere und auch wohl interessantere Hysterie übrig bleibt.

Gelegentlich der Debatte über die traumatischen Neurosen in hiesigem Verein vor einem Jahre wurde von einer Seite das Sprüchlein citirt: «Was man nicht diagnosticiren kann, das sieht man als hysterisch an». Nun, ich stimme demselben bei, aber nur unter einer Bedingung, nämlich wenn unter dem Wörtchen «man» nicht etwa die ganze Aerzteschaft verstanden werden soll. Es liegt nicht etwa an dem Krankheitsbild der Hysterie, wenn sie zum Sammeltopf aller möglichen und unmöglichen Symptome gemacht wird und sich bei Durchsicht der einschlägigen Publicationen als ein Mixtum compositum ärgster Art darstellt.

Als Fundamentalsatz möchte ich bei Besprechung der Hysterie voranstellen: Die Hysterie ist eine Psychose, und von diesem Gesichtspunkte aus sind ihre sämmtlichen Symptome zu beurtheilen und zu verstehen. Dementsprechend werden wir Analoga ihrer Krankheitserscheinungen bei den anderen Psychosen zu suchen haben, und zwar bei den degenerativen Psychosen, wie ich gleich hinzufügen will, also z. B. bei den primären Schwachsinnszuständen, der Moral insanity und der Paranoia. Gehen wir einmal bei der Analyse der hysterischen Psyche schulmässig vor: Zunächst die Gefühlsthätigkeit, sie zeigt schon eine Haupteigenart des hysterischen Charakters, sie ist ganz abnorm oberflächlich und daher in ihren Aeusserungen sehr wechselnd. Die geringsten freudigen oder traurigen Anlässe vermögen aus einem betrübten ein heiteres Gesicht und umgekehrt zu machen. Dabei ist aber weder die Freude noch die Traurigkeit eine wirklich grosse und tiefe. Denn die nächste Minute kann schon wieder einen anscheinend totalen Umschwung bringen. Entsprechend diesem formalen Verhalten der Empfindungsthätigkeit finden wir auch ihren Inhalt nur oberflächlich. Wirkliche Gemüthstiefe geht den Hysterischen ab. Ein grenzenloser Egoismus beherrscht sie; weder kindliche Pietät noch echte dauernde Liebe oder Dankbarkeit gehören zu ihrem Empfindungsschatz; darin finden wir weitgehende Aehnlichkeit mit der Moral insanity. Um so mehr dagegen zeigen sie Eigensinn, Lügenhaftigkeit, Boshaftigkeit, Rücksichtslosigkeit, Lust am Intrigiren und Tyrannisiren, Putz- und Klatschsucht etc. Die Steigerung der gemüthlichen Erregbarkeit und der Egoismus führen zu einem Hervordrängen des eigenen Ich's in den Vordergrund. Für die Hysterischen gruppirt sich die gesammte Umgebung malerisch um einen leuchtenden Mittelpunkt, und dieser Mittelpunkt sind sie selbst.

Auch die Vorstellungsthätigkeit ist bei ihnen zunächst wieder in formaler Hinsicht auffallend. Die Hysterischen sind vermöge ihres sensitiven Nervensystems sehr empfänglich für alle möglichen Eindrücke und so kommt es, dass auch ihre Vorstellungen sich häufig recht jagen, dass sie eine Ideenflucht entwickeln, die der der Maniakalischen nichts nachzugeben braucht. So selbständig sie ferner in ihrem Denken und Wahrnehmen sein können, so leicht sind sie auch wieder von aussen her zu beeinflussen. Die bei Hysterischen so ausgesprochene Suggestibilität und Autosuggestibilität beruht doch auf nichts weiter, als auf der Leichtigkeit, mit der bei ihnen Vorstellungen beliebiger Art erweckt werden können oder unvermittelt von selbst entstehen. Auch ist die Reproductionstreue von Vorstellungen bei ihnen eine sehr

zweifelhafte; Erinnerungstäuschungen sind bei ihnen etwas sehr Häufiges.

Ferner ist der Kreis ihrer Vorstellungen was den Inhalt anbetrifft, meist ein beschränkter. Die Hysterischen können Uneingeweihte und weniger scharfe Beobachter blenden und über ihren Geistesschatz leicht täuschen. Sie haben wohl vielfach Themata, die ihnen sehr geläufig sind und die sie in der Unterhaltung dann geschickt mit Vorliebe cultiviren. Oder sie wissen von Allem und über Alles etwas zu reden, ohne jedoch etwas gründlich und erschöpfend in ihrem Denken verarbeitet zu haben, verarbeiten zu können. Manchen steht allerdings unverkennbar der Schwachsinn an der Stirn geschrieben.

Der Inhalt ihrer Vorstellungen ist aber nicht nur ein einseitiger, er ist auch vielfach ein perverser. Wir finden Vorstellungen, die an das Wahnhafte grenzen. Im Vordergrunde steht ein erheblicher Grad von Selbstüberschätzung und damit der unberechtigte Glaube an einen Anspruch auf vermehrte Rücksichtnahme seitens der Umgebung. Alles soll nach ihrer Pfeife tanzen, sei es nun die Familie oder grössere Gemeinschaften und Behörden. Aus einem mangelhaften Eingehen der Umgebung auf die übertriebenen Anforderungen der Hysterischen entspringt dann gar nicht so selten die Vorstellung der Beeinträchtigung. Sie halten sich für vernachlässigt, zurückgesetzt und gefallen sich in der Rolle des gequälten Märtyrers. Auch hiermit aber verknüpfen sie die Vorstellung, dass ihr Verhalten dazu dient, ihnen vermehrtes Interesse seitens ihrer Umgebung zu erwerben.

Betrachten wir schliesslich die Willensthätigkeit, wieder zuerst in formaler Hinsicht, so finden wir bei den meisten Hysterischen eine hochgradige Herabsetzung der Energie und Willenskraft. Ihr Wollen kann zwar zur Erreichung eines bestimmten, nicht zu entfernten Zweckes consequent und zielbewusst sein, ist aber im Ganzen unbestimmt und wechselnd, die einzelnen Handlungen geschehen impulsiv, nicht abwägend, rücksichtslos. In ihrem ganzen Treiben herrscht eine gewisse Unruhe und Unstätigkeit; sie sind geradezu ein Spielball ihrer Launen und Empfindungen, Einbildungen und momentanen Eingebungen. Und was nun vollends den Inhalt ihrer Handlungen, ihre Willensrichtung anbetrifft, so erscheint es selbstverständlich, dass die krankhafte Oberflächlichkeit und Verkehrtheit ihres Empfindens und Vorstellens auch auf ihr Thun, auf die Erfüllung ihrer Pflichten etc. einen entsprechenden Einfluss ausübt. Wir begegnen denn auch bei den Hysterischen einem Verhalten, das sich manchmal überhaupt nicht erklären lässt, manchmal allenfalls seine Erklärung in der Sucht, sich interessant zu machen, Anderen einen Possen zu spielen, sich zu rächen und in anderen wenig edlen Motiven findet.

Uebrigens möchte ich hier noch einschalten, dass es nur in seltenen Fällen gelingen wird, durch alleinige eigene Beobachtung ein rechtes Bild vom Zustande der Psyche der Hysterischen zu gewinnen. Meist wird nur eine genaue Anamnese bei den Angehörigen hinreichenden Aufschluss geben; und ich kann mir nur aus dem Mangel einer solchen Anamnese erklären, dass so vielfach bei Publicationen von Hysterie-Fällen sich der Vermerk in der Krankengeschichte findet: Psyche intact. Bei Hysterischen ist die Psyche nie intact, oder es sind eben keine Hysterischen.

Von mangelnder Energie, dem Sichgehenlassen und der verkehrten Willensbethätigung hängen nun zunächst die in der Symptomatologie der Hysterie eine eigenartige Mittelstellung zwischen psychischen und somatischen Erscheinungen einnehmenden Anfälle ab. Ihr wechselvolles, vielgestaltiges Auftreten ist ja genugsam bekannt, als dass ich es genauer zu schildern nöthig hätte. Ich will nur zur Illustration dafür, dass mit den bisher besprochenen Symptomen allein schon, ohne die sogenannten Stigmata, das vollkommene Bild einer reinen Hysterie gegeben sein kann, zwei kurze Beispiele anführen: Ein Bahnarbeiter von circa 20 Jahren, der bis dahin gesund gewesen war, erlitt durch einen Unfall eine Quetschung einer Zehe, so dass dieselbe amputirt werden musste. Bei Druck auf die Operationsnarbe traten in der Folge hysterische Krampf- und Verwirrungszustände auf. Die Anamnese ergab erbliche Belastung, die Beobachtung typischen hysterischen Charakter, die Untersuchung nur einige Degenerationszeichen, aber keine Spur der sogenannten hysterischen Stigmata. Er wurde durch psychische Behandlung von seinen Anfällen geheilt. Den anderen Fall sah ich erst vor einigen Tagen: Eine junge Frau leidet seit $^3/_4$ Jahren an fast täglich oder noch öfter auftretenden depressiv-hallucinatorischen Wut- und Verwirrungsanfällen. Die Anamnese ergibt erbliche Belastung, verkehrte Erziehung, ungünstige Einwirkung der Ehe und ihrer Pflichten und Sorgen, typische hysterische Charaktereigenschaften, wie bodenlose Oberflächlichkeit, Gemüthslosigkeit, Eigensinn, Tyrannisiren der Verwandten, Vernachlässigung der Wirthschaft etc. Es wurde von mir ein typischer hysterischer Verwirrungszustand beobachtet, mit autosuggerirter Amnesie für die Vorgänge während desselben. Die Klagen weisen auf keinerlei somatischen Befund hin und ich glaube mich verbürgen zu können, dass eine genaue körperliche Untersuchung, die mir bisher vorzunehmen nicht möglich war, einen vollkommen negativen Befund ergeben würde.

Wir haben nun noch eine Perversität der Willensthätigkeit der Hysterischen zu besprechen, der meiner Meinung nach das grösste Interesse und die grösste Wichtigkeit beizumessen ist und die geeignet ist, dem grössten Theil der somatischen Krankheitszeichen der Hysterischen als Grundlage und Entstehungsursache untergelegt zu werden. Ich meine den S e l b s t b e s c h ä d i g u n g s - t r i e b d e r H y s t e r i s c h e n. Sie werden mir von einer Reihe von Symptomen ihre Hierhergehörigkeit ohne Weiteres zugeben. Von den Motiven wollen wir dabei einmal ganz absehen. Wenn z. B. ein Hysterischer sich durch Reiben auf der Bettunterlage einen Decubitus erzeugt, oder sich eine Hysterische Brandblasen in der Gegend der Mammae oder sonstwo beibringt, oder Andere Nadeln und sonstige gefährliche Gegenstände verschlucken, oder sich, wie neulich berichtet wurde, eine Hysterische eine Stecknadel durch eine verheilte Trepanationsöffnung in das Gehirn stösst u. s. w., so wird Niemand an dem Vorliegen von Selbstbeschädigung zweifeln. Und weiter, wenn sich Hysterische durch Einträufeln von Atropin Pupillenstarre erzeugen, durch Verletzung von Zahnfleisch Blutungen hervorrufen, vielleicht das Blut schlucken und dann durch willkürliches Erbrechen wieder entleeren und damit eine Magenblutung vortäuschen, oder wenn sie sich die Wand der Vagina verletzen und dadurch scheinbare Uterusblutungen bekommen, so liegen wieder zweifellos den Erscheinungen Selbstbeschädigungen zu Grunde. Fassen wir nun den Begriff der Selbstbeschädigung weiter. Es muss ja durch dieselbe nicht eine äusserlich sichtbare Verletzung bedingt sein, es können ja auch functionelle Störungen die Folge sein: Fällt ein Hysterischer auf die Hand und verstaucht sich das Gelenk leicht und suggerirt er sich dann entweder sofort oder erst im Laufe mehrerer Tage eine vollständige Lähmung des betreffenden Armes hinzu, so hat er sich durch die krankhafte Autosuggestion selbst beschädigt, die Beschädigung besteht aber allerdings nur in einer functionellen Störung. Ebenso verhält es sich mit der Entstehung der Abasie-Astasie, der hysterischen Lähmung des Detrusor urinae, der hysterischen Ptosis, dem Mutismus und anderen Lähmungen mehr. Lähmungen aber, die sich durch eine derartige psychische, auf krankhaften Vorstellungen fussende Entstehungsursache nicht erklären lassen, sind niemals unmittelbar hysterische. So gibt es keine hysterische Pupillenlähmung ausser derjenigen, die durch Atropin und verwandte Mittel hervorgerufen ist. Ich gebe gern zu, dass bei Hysterischen auch einmal eine Pupillenstarre vorkommen kann, aber desshalb ist sie noch lange nicht ein hysterisches Symptom, sondern beruht auf anderen Ursachen. Hysterische Pupillenstarre ist ebenso ein Absurdum, wie z. B. paranoischer Tripper, wenn ein Paranoiker zufällig einen Tripper bekommt, oder Imbecillitätspneumonie, wenn ein Imbeciller von einer Pneumonie befallen wird u. dergl. mehr. Ferner bin ich ebenso wie M ö b i u s der Ansicht, dass es keine hysterischen Augenmuskellähmungen gibt, weil ein psychischer Mechanismus ihrer Entstehung undenkbar ist.

Die Lähmungserscheinungen erstrecken sich übrigens nicht nur auf das motorische Gebiet, sondern auch auf das sensible und sensorische. Und auch diese sind, wenn durch Autosuggestion entstanden, Selbstbeschädigungen im erweiterten Sinne des Wortes.

Den Lähmungen gegenüber stehen die Reizerscheinungen, also z. B. die hysterische Chorea, die Chorea electrica, die localisirten oder allgemeinen Tremorzustände und Convulsionen, die verschiedensten Krampf- und Contracturerscheinungen, letztere z. B. auch in den Augenmuskeln und dem Facialisgebiet. Wir

können stets bei diesen Zuständen uns vorstellen, dass reine psychische Einflüsse, besonders krankhafte perverse Vorstellungen und Handlungen, ihnen zu Grunde liegen. Auch bei ihnen ist zu berücksichtigen, dass jede Krankheit eine Schädigung des Körpers bedeutet und jede autosuggerirte Krankheit eine Selbstbeschädigung. Dass übrigens recht sonderbare Zustände auf diese Weise möglich sind, lehrt die Beobachtung, dass es auch bei normalen Menschen sonderbare Varietäten in der willkürlichen Innervation gibt; so haben Sie gewiss schon Leute kennen gelernt, die die Stirn einseitig runzeln können, die willkürlich ganz excessiv die Augen convergiren können u. dergl. mehr. Erwähnt sei noch, dass mit der tonischen Convergenz der Bulbi gleichzeitig ein tonischer Zustand in der Pupillenmusculatur entsteht und damit eine auf Krampf beruhende Abschwächung oder selbst Aufhebung der Lichtreaction, wie ein kürzlich von Hitzig in der Berliner klin. Wochenschr. 1897, No. 7 mitgetheilter Fall beweist; und das ist sehr wohl erklärlich, wenn man bedenkt, dass schon das normale Fixiren und Convergiren die gleichzeitig geprüfte Lichtreaction abgeschwächt erscheinen lässt.

Etwas anders verhält es sich mit der Entstehung einer anderen Gruppe somatischer Krankheitszeichen, deren hervorragendste Vertreter die Gesichtsfeldeinschränkung und die Hemianaesthesie in ihrer mehr minder ausgesprochenen Vollständigkeit sind. Auch hier sind Autosuggestionen vielfach im Spiele, weit mehr aber noch Suggestionen von Aussen, und zwar besonders seitens des untersuchenden Arztes. Sie werden mir entgegenhalten: Ja, aber diese Symptome finden sich doch schon bei einer ersten Untersuchung bei Leuten, die niemals von diesen Symptomen gehört haben, die sich gar nicht auf solche Untersuchungsergebnisse gefasst gemacht haben, die durch dieselben selbst überrascht werden. Gewiss ist das richtig. Aber wer so calculirt und das für einen Gegenbeweis gegen die Entstehung dieser Symptome auf suggestivem Wege verwerthen zu können meint, der unterschätzt die Macht der bösen Suggestion. Schon die ersten Berührungen der Haut mit dem Pinsel, die ersten Annäherungen des weissen Gegenstandes an den Fixirpunkt beim Perimeter erzeugen bei den so hochgradig suggestiblen Hysterischen Vorstellungen im Sinne von Ausfallserscheinungen, die darum sich bei den verschiedenen Kranken so sehr ähneln, weil es die Untersuchungsmethoden der Aerzte ja auch thun. Solche Symptome lassen sich aber vermeiden durch den Arzt selbst, indem er mit prophylaktisch wirkenden Gegensuggestionen rechtzeitig, d. h. von Anfang an, vorgeht und die krankhaften Vorstellungen der Hysterischen gar nicht erst aufkommen lässt. Ich versichere Ihnen, dass ich während meiner selbständigen Praxis noch bei keinem Falle von Hysterie, den ich zuerst genau neurologisch zu untersuchen Gelegenheit hatte, eine Hemianaesthesie gefunden habe. Auf Gesichtsfeldeinschränkung habe ich weniger untersucht; wo ich vorsichtig auf sie gefahndet habe, habe ich sie gleichfalls vermisst. Stigmata der Hysterie sind demnach diese Symptome an sich in meinen Augen nicht; ein Stigma ist nur der Mechanismus ihrer Entstehung auf dem Wege der Vorstellungen.

Auf ein Moment möchte ich noch hinweisen, das ist die Verschiedenheit der Befunde in verschiedenen klinischen Instituten und Krankenhäusern bezüglich der in Rede stehenden Symptome. Ich entsinne mich des Austausches der Meinungen gelegentlich des internationalen Congresses in Berlin bei der Discussion über die traumatischen Neurosen. Ein Berliner Beobachter hatte z. B. bei seinem Material die Gesichtsfeldeinschränkung in einem hohen Procentsatz constatirt, andere wieder, z. B. auch Hitzig, bei dem Material der Halle'schen Klinik, viel seltener. Das liegt natürlich nicht an der Verschiedenheit des Bevölkerung, sondern an dem verschiedenen Grade des Suggerirens Seitens der Untersucher.

Zu erwähnen wäre noch, dass die verschiedenen hysterischen Symptome sich zuweilen so combiniren, dass das Krankheitsbild in seiner Gesammtheit einer bekannten organischen Erkrankung ähnelt. Es wird dann stets unter Berücksichtigung der Entstehungsart der Symptome und ihres Verlaufes, häufig schon allein aus dem genau erhobenen Befund möglich sein, die Differentialdiagnose zu stellen.

M. H.! Wenn Sie berücksichtigen, dass alle Symptome, die wir von der Hysterie bisher besprochen haben, rein psychische oder psychisch bedingte waren, und es fehlt doch von den wichtigen Symptomen wohl keines, so werden Sie mir zugeben, dass die vorangestellte Behauptung: Die Hysterie ist eine Psychose! volle Berechtigung hat.

Den meisten Fällen von Hysterie sind nun aber noch andere Symptome beigemischt, die ihr selbst nicht eigenthümlich sind, aber fälschlich mit ihrem Namen belegt werden. Die bekanntesten sind der Clavus und Globus hystericus, die wir vorn als echte neurasthenische Symptome kennen gelernt haben, ferner alle anderen vorn schon aufgezählten Symptome der Neurasthenie, die Kopf-, Kreuz- und Gliederschmerzen, die Schwindelempfindungen, Schlaflosigkeit, die ganzen vasomotorischen und secretorischen Erscheinungen u. s. w. Die Hysterischen, mit ihrem entweder angeboren minderwerthigen, oder durch verkehrte Erziehung mangelhaft entwickelten, oder durch chronische Vergiftungen, wie durch Alkohol und Morphium wieder verdorbenen Nervensystem bieten ja erklärlicher Weise der Entwickelung einer Neurasthenie den allergünstigsten Boden. Darum aber nachher die rein neurasthenischen Symptome mit den typisch hysterisch zusammenzuwerfen und und zum Krankheitsbilde der Hysterie zu rechnen, das ist verkehrt und wäre nur geeignet, den Unterschied zwischen beiden Krankheiten zu verwischen und die Hysterie als klar abgrenzbare Krankheit anzweifeln zu lassen.

Eine andere Gruppe von Krankheitszeichen trifft vollends nur zufällig mit der Hysterie zusammen, wie z. B. Muskelatrophie mit Entartungsreaction, Verschwinden der Patellarreflexe etc. Man wird desshalb natürlich nicht von einer hysterischen Muskelathrophie oder Neuritis oder Tabes reden, ausser wenn diese organischen Symptome Folgen von Selbstbeschädigungen der Hysterischen sind wie z. B. die Inactivitätsatrophie bei einer Monoplegie und Aehnliches.

Ich will mich kurz fassen und nach dieser Schilderung der einzelnen Krankheitsbilder mit wenig Worten das Verhältniss beider zu einander dahin präcisiren, dass beide Krankheiten in ihrem Wesen grundverschieden sind, dass wir in der Neurasthenie Erschöpfungs- und Reizzustände des Nervensystems vor uns haben, dass die Hysterie hingegen eine degenerative Psychose darstellt. Beide Krankheiten können jedesmal die Vorbedingung für die Entstehung der anderen abgeben. Sie combiniren sich daher auch sehr häufig, sind aber auch dann bezüglich ihrer einzelnen Symptome leicht auseinander zu halten.

Und zum Schluss noch eine Bemerkung: Es liegt im Interesse der Kranken, dass die Diagnose Hysterie nur dann gestellt wird, wenn alle Kriterien derselben vorliegen. Die Hysterie ist keine allzuhäufige Krankheit, Gott sei Dank bei weitem nicht so häufig, wie die Neurasthenie. In meiner Praxis kommen auf eine Hysterie 5—6 Neurasthenien. Die Hysterie wird jedoch häufig fälschlicher Weise angenommen, wo oft theils organische Krankheiten, theils aber ganz andere ausgesprochene Psychosen vorliegen. In beiden Fällen kann die Prognose eine wesentlich günstigere sein als bei der Hysterie, bei der ja zwar die einzelnen Symptome oft überraschend leicht schwinden, die hysterische Charakterveränderung jedoch kaum einer gründlichen Besserung fähig sein wird. Möge dann die fälschlich gestellte Diagnose Hysterie nicht ein Hinderungsgrund sein für die Anwendung aller der geeigneten Maassnahmen, die eine Besserung bezugsweise Heilung des wirklich vorliegenden Krankheitszustandes zu erzielen im Stande sind.

Ueber den heutigen Stand der zahnärztlichen Therapie.*)

Von Dr. *H. Brubacher* in München.

Die neueren Fortschritte in der zahnärztlichen Therapie veranlassen mich, Ihnen heute einen kurzen Ueberblick zu geben über das, was der Zahnarzt zu leisten vermag; zumal es eine nicht abzuleugnende Thatsache ist, dass darüber in ärztlichen Kreisen vielfach keine genügende und klare Vorstellung herrscht.

Die Behandlung einfacher cariöser Defecte an den Zähnen wird wohl heute noch so vorgenommen, wie vor mehreren Decen-

*) Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein zu München.

nien, nur dass durch Vervollkommnung des Instrumentariums, der Bohrmaschinen speciell, die Behandlung für den Patienten und den Zahnarzt eine ungleich angenehmere und raschere ist, wie früher. Auch wird in vielen Fällen durch Anlegen der Gummiplatte, gutes Austrocknen der Höhle eventuell durch die Anwendung von Medicamenten die so lästige Sensibilität des Zahnbeines, wie sie besonders bei oberflächlichen Defecten am Zahnhalse auftritt, bedeutend abgestumpft.

Ein nicht zu verkennender Fortschritt in den letzten 10 bis 15 Jahren ist die Verbesserung der Füllungsmaterialien.

Das Gold, schon seit Jahrhunderten zum Ausfüllen cariöser Defecte benützt, wird heute in grosser Reinheit hergestellt, die nicht allein seine Anwendung leichter macht, sondern ihm auch höchst wahrscheinlich eine längere Haltbarkeit verleiht. In allerletzter Zeit hat de Trey, Zahnarzt in Basel, ein Krystallgold in den Handel gebracht, das sich besonders in centralen, d. h. allseitig von Wänden umgebenen Höhlen leichter und rascher verarbeiten lässt, wie das Blattgold. Es soll, allein durch Handdruck gedichtet, sich den Wänden der Höhle fest anschmiegen und dadurch die secundäre Caries, an den Wänden auftretend, besser wie die seitherigen Goldarten verhüten. Ueber die vorzügliche Haltbarkeit des neuen Goldes will sein Erfinder und Fabrikant jahrelang die beste Erfahrung gemacht haben. Thatsache ist, dass das Krystallgold sich schön an die Wände anlegen lässt und dass es sehr hohe Politur annimmt, auch ohne mit dem Hammer gedichtet zu sein. Der Handdruck allein ist für den Patienten unvergleichlich angenehmer, als die übrigen Methoden. Nicht mit so grossem Vortheil lässt es sich, der kurzen Erfahrungszeit nach, zu Conturenfüllungen verwenden. — Die vor ca. 1 Jahre in der Tagespresse erschienenen Artikel über das «de Trey'sche Krystallgold», wonach dasselbe sich wie Amalgam einfach in die Höhle «einstreichen» lasse, sind selbstverständlich Uebertreibungen.

Wenn wir das Gold auch heute noch als das vorzüglichste Füllungsmaterial im Allgemeinen betrachten müssen, so dürfen wir doch die Wandlung in der Anschauung preisen, dass Gold nicht immer und überall das Beste ist, entgegen der in amerikanischen Fachkreisen noch vielfach festgehaltenen Anschauung von dessen Omnipotenz.

In der Anwendung des Amalgams, das schon seit 1819 im Gebrauch ist, und der Güte des Materials dürfte in letzter Zeit kaum eine Aenderung eingetreten sein. Dagegen ist das Cement, meist Zinkoxyphosphat, in den letzten Jahren verbessert und besonders zum Gebrauch handlicher gemacht worden.

Für Defecte an der labialen Seite der Schneidezähne wird seit einigen Jahren Glas zur Verwendung gebracht. Feinst pulverisirtes Glas wird in einem Gold- oder Platingoldblatte, mit dem man den Abdruck genommen hat, das also die Form der Höhle genau wiedergibt, über der Spiritus- oder Gasflamme ausserhalb des Mundes geschmolzen und darauf mit weich angerührtem Cemente befestigt. Es hat diese Füllung den Vortheil, dass sie wegen der Transparenz am täuschendsten Farbe und Aussehen des Zahnes wiedergibt.

Aehnlich wie mit Glas, brennt man auch der Höhle congruente Emaillestückchen oder schneidet sich dieselben aus künstlichen Zähnen und eigens zu diesem Zwecke angefertigten Porzellanstangen und -Blöcken heraus, schleift sie genau den Höhlenwänden an und kittet sie ein. Beide Füllungsmaterialien, Porzellan und Glas, werden, wie betont, mit dem allergrössten Vortheil besonders an sichtbaren, aber weniger beim Kauacte getroffenen Stellen in Anwendung gebracht.

Die hauptsächlichsten Fortschritte in der Zahnheilkunde wurden jedoch nicht in der Behandlung einfacher cariöser Defecte gemacht, sondern in der Therapie der mit Pulpitis und Periostitis complicirten Caries und in der prophylaktischen Behandlung von Zähnen und Zahnresten.

Die Zeit liegt nicht weit hinter uns, dass jeder schmerzende Zahn ein für den Patienten verlorenes Organ war, und das mit Recht. Die Wirkung des Arseniks kannte man freilich schon seit 1836, es wurde jedoch erst allmählich Allgemeingut. Hatte man nun mit Arsenik, mit Kreosot oder symptomatischen Mitteln den Schmerz vertrieben resp. dem Patienten über die kritische Zeit hinweggeholfen, so hatte man damit in der Regel die «Radicalbehandlung» des Zahnes, d. h. die Extraction, nur auf absehbare Zeit verschoben, nicht aber aus der Welt geschafft. Man wusste eben den einmal erkrankten Zahn nicht in den Zustand zu bringen, dass er künftighin sich ruhig verhielt; mit höchst seltenen Ausnahmen kam der quälende Schmerz bald wieder, sei es in Form einer erneuten Pulpitis oder als die vom Arzte und Patienten gleichermaassen gefürchtete Wurzelhautentzündung. Wenn man die üblen Folgen, welche ein kranker Zahn für seine Nachbarschaft und den Gesammtorganismus haben kann, in Erwägung zieht, wenn man ausserdem bedenkt, dass der periostitisch erkrankte Zahn ein »Noli me tangere» war, so können wir es leicht begreifen, dass gerade die besten Zahnärzte von damals jeden Zahn mit Pulpitis extrahirten. Periostitisch erkrankte Zähne behandelte man bis in die neuere Zeit überhaupt nicht und den durch dieselben verursachten Schmerz nur symptomatisch, denn noch viel weniger wie bei Pulpitis vermochte man bei Periostitis nach Ablauf derselben durch Plombiren dem Recidiv vorzubeugen.

Bei einer Kategorie von Zähnen, den Frontzähnen, versuchte man die Behandlung bis zur Zeit der Einführung des Kautschuks als Träger für künstliche Zähne, Ende der fünfziger und Anfang der sechziger Jahre. Vor diesem Zeitpunkte musste jeder künstliche Zahn an der Goldplatte resp. an Goldstreifen befestigt werden. Ein schwieriger und besonders kostspieliger Ersatz. Wenn die Vorderzähne nur noch irgendwie gut im Aussehen waren, so füllte man sie aus oder kniff bei starker Zerstörung die Krone ab und versah die Wurzel mit einem Stiftzahn. Der so leicht auftretenden Wurzelhautentzündung suchte man durch Anlegen eines «Luftloches», eines Canales durch die Plombe oder den Zahnhals in die Pulpahöhle, zu begegnen. Man war es auch zufrieden, wenn nach mehreren Recidiven der Periodontitis eine Fistel sich ausbildete, womit bekanntlich jeder Schmerz verschwindet. Im Uebrigen war die Behandlung eine symptomatische.

Mit der Einführung des leicht zu bearbeitenden und billigen Kautschukes als Basis für die Prothese experimentirte man mit Recht nicht mehr lange an den schmerzenden Vorderzähnen herum, sondern extrahirte sie und fertigte künstliche Zähne an.

So kam es, dass die Hauptthätigkeit des Zahnarztes sich auf die Anfertigung künstlicher Gebisse erstreckte; leider auch jetzt noch das fruchtbarste Ackerland eines Theiles unserer Zahnärzte. Wie vielen Menschen ist nicht der «Zahnarzt» der Inbegriff des Gebisse fertigenden Handwerkers, der wegen dieser souveränen Thätigkeit auch nur über eine gewisse Handfertigkeit, nicht aber über ein durch regelrechtes Studium erworbenes Wissen und Können zu verfügen braucht! Diese allgemein herrschende Anschauung trägt die Schuld an der Blüthe des rohen Empirismus in unserem Fache, dessen Vertreter, die Zahntechniker, in allerletzter Zeit daraus Capital geschlagen haben: Sie versandten eine mit viel Witz und bestechendem Sophismus abgefertigte Brochüre an alle Aerzte Deutschlands, worin sie den Nachweis zu führen suchen, dass der Zahntechniker mindestens Gleiches, wenn nicht Höheres und Besseres leiste, wie der Zahnarzt. Ich für meinen Theil bin der festen Ueberzeugung, dass besagte Brochüre nur auf den Collegen einen momentanen Eindruck machen konnte, der die Aufgabe des Zahnarztes nicht kennt.

Mit der Einführung der Antisepsis in der Chirurgie nahm ganz allmählich auch die zahnärztliche Therapie eine andere Richtung an und ist sie in den letzten 10 Jahren hauptsächlichst nicht mehr eine den Zahn vernichtende, sondern eine erhaltende und können wir die freudige Thatsache constatiren, dass die conservative Behandlung bald Allgemeingut der zahnärztlichen Welt geworden ist und sich nicht mehr beschränkt auf einzelne Vertreter des Faches.

Wie ist nun die heutige Behandlung? Einfache Reizung der Pulpa durch irgend mechanischen, thermischen oder chemischen Insult suchen wir durch Entfernen der Schädlichkeit zu heilen: Ausschneiden des durch Caries erweichten Zahnbeines, Auflegen von Antisepticis und Ausfüllen der Höhle mit einem schlechten Wärmeleiter.

Hat der Zahn des Oefteren schon geschmerzt, wenn auch nur vorübergehend oder ist momentan starke Pulpitis da, so reinigen wir behutsam die cariöse Höhle von Fremdkörpern und entkalktem Zahnbeine, appliciren auf die möglichst freiliegende

Pulpa etwas Arsenik, entweder in Substanz oder als Pasta mit Cocaïn, Thymol, Carbol, Jodoform oder ätherischen Oelen vermischt. Die Einlage wird, aber ohne jeglichen Druck, mittelst Wachs, Cement oder Mastix an Ort und Stelle zurückgehalten und gegen das Eindringen von Speichel geschützt. Der Schmerz wird nach kürzester Zeit verschwinden. Die Einwirkung des Arseniks selbst auf die Pulpa ist bei vorsichtiger Application theilweise ohne jegliche Empfindung, in der Mehrzahl der Fälle nur mit einem bald vorübergehenden, ziehenden Gefühle verbunden. Durch das Arsen wird die Pulpa in ihrer Lebensfähigkeit zerstört mit wenigen Ausnahmen, besonders bei ganz günstigen Circulationsverhältnissen in der Jugend. Sie geht in der Folge nekrotisch zu Grunde und darf desshalb nie in der Pulpahöhle belassen, sondern muss entfernt und der Zahn bis in die Wurzelspitze ausgefüllt werden. — Ein derartig aufmerksam behandelter Zahn wird nie mehr Schmerzen verursachen, sondern vollkommene Functionsfähigkeit dem Patienten auf Jahre hinaus garantiren.

Die conservirende Behandlung der entzündeten Pulpa scheitert ausnahmslos. Wenn auch die verschiedenen, zu diesem Zwecke angegebenen Methoden, wie Ueberkappen, Guttaperchafüllungen etc. einen vorübergehenden Erfolg haben, nach Verlauf eines oder einiger Jahre stellt sich Wurzelhautentzündung ein oder zeigt der Zahn mindestens eine «Schwäche», die ihn zum Gebrauche nutzlos macht, ja den ganzen Kauact behindern kann. Die Gründe hiefür sind in der anatomischen Beschaffenheit und Lage der Pulpa selbst gegeben. Bei dem Mangel an Lymphgefässen, bei dem Einschluss in die starrwandige Höhle ist ein guter Zugang und das Anlegen einer erfolgreichen Drainage oder eines Verbandes wie bei anderweitigen inficirten Wunden unmöglich.

Die Periodontitis wird bei richtiger Behandlung der Pulpitis an dem einmal plombirten Zahne, wie oben betont, überhaupt nicht mehr oder höchst selten auftreten. Wenn sie sich einstellt, so geschieht dies an nicht behandelten Zähnen und Wurzeln oder an nicht correct behandelten. Die Gelegenheitsursache ist ja häufig Erkältung, wie der Patient fast regelmässig angibt, die eigentliche Causa movens liegt aber, mit seltenen Ausnahmen, im Innern des Zahnes selbst. Eine Wurzelhautentzündung am intacten Zahne tritt nur in Folge eines sehr starken äusseren Reizes auf oder als Fortsetzung einer Entzündung von der Nachbarschaft her, sonst nur am defecten Zahne.

Sie tritt in Erscheinung entweder im directen Anschlusse an eine eitrige Pulpitis oder an einem Zahne, dessen Pulpa schon länger abgestorben ist. Im ersteren Falle findet man die Pulpahöhle und den Wurzelcanal mit Eiter erfüllt, im letzteren mit einem Detritus von zerfallener Pulpa, Speiseresten u. dgl. Es sind demnach diese Schädlichkeiten in directer, inniger Berührung mit den Wänden der Höhle, also mit dem Zahnbeine. Ein Durchtreten der schädigenden Noxen quer durch das Zahnbein, den Zahnbeincanälchen entlang und durch das Wurzelcement ist aber weder erwiesen, noch wahrscheinlich, da eine Anastomose zwischen den Dentincanälchen und den Knochenkörperchen des Cementes nicht existirt. Wenn nun die Entzündungserreger gleichwohl mit der Wurzelhaut in Berührung kommen, so kann dies nur geschehen durch das Wurzelloch hindurch. Bei der eitrigen Pulpitis kann man sich vorstellen, dass die Infectionserreger auf dem Wege der Blutbahn in die Nachbarschaft gelangen, ohne Hinzutritt eines weiteren, begünstigenden Momentes; nicht so bei einem Zahne, der keine Circulation mehr hat, dessen Pulpa vollständig zerfallen ist. Hier muss das Virus durch das Foramen apicale durchgeschoben werden, um in die innigste Berührung mit der Wurzelhaut zu kommen und seine Wirksamkeit entfalten zu können. Dies geschieht entweder mechanisch (Hineinbeissen von festweichen Speisen, Stochern, Bearbeiten des Zahnes) oder in der Mehrzahl der Fälle ohne äusseres Hinzuthun durch erhöhten Druck in der Pulpahöhle selbst: Die Höhle verstopft sich, Gase entwickeln sich und die schädigenden Substanzen, gasförmiger und flüssiger Natur, mit Bacterien treten durch das Wurzelloch hindurch. Dass dieser Infectionsmodus sehr häufig ist, geht schon aus der Thatsache hervor, dass wir die Periostitis dentalis in mindestens $^2/_3$ aller Fälle durch einfaches Wegsammachen der Pulpahöhle und Wurzelcanäle mittelst feinster Nadeln oder Bohrer bequem heilen können und dass man umgekehrt durch hermetischen Verschluss derartiger Zahnhöhlen mit Leichtigkeit eine Wurzelhautentzündung experimentell erzeugen kann.

Bei beginnender Periodontitis ist also das Ausräumen der Pulpahöhle und Wurzelcanäle der einzige, Erfolg versprechende Eingriff; bei schon bestehender Eiteransammlung in der Tiefe ist das Durchgängigmachen des Foramen apicale indicirt behufs Entleerung des Eiters. Die Anwendung von antiphlogistischen Mitteln, von Jodtinctur und Blutentziehung, beschränkt sich darnach auf wenige Fälle und haben dieselben die Bedeutung von Symptomaticis.

Sind die Entzündungserscheinungen vorüber, so kann jeder Zahn und Zahnrest so gut wie nach Pulpitis ausgefüllt werden und dem Patienten noch Jahre lang vollkommen wie ein intacter Zahn Dienste leisten ohne jeglichen Schmerz. Das Hauptaugenmerk ist dabei auf die nachträgliche Behandlung des Zahnes zu legen. Bei Pulpitis, wo man eine Infection in der Umgebung der Wurzel noch nicht vermuthen darf, wird die Wurzel nach Entfernung der Pulpa vermittelst der Pulpenextractoren sofort ausgefüllt, während nach Periostitis erst der Canal mechanisch gut gereinigt und durch häufigeres Einlegen von antiseptischen Mitteln möglichst sterilisirt werden muss, ebenso die Umgebung der Wurzelspitze, ehe der Wurzelcanal ausgefüllt wird. Die Reinigung der Canäle geschieht mit Bohrern dort, wo es der Verlauf des Wurzelcanales gestattet, oder mit feinsten Sonden und Nadeln. Es ist ziemlich gleichgiltig, welches Antisepticum man verwendet. Um das Jodoform mit Vortheil bei Behandlung wurzelkranker Zähne sich dienstbar zu machen, hat es Verfasser seit Jahren mit Cacaobutter vermischt zur Verwendung gebracht (Rp. Jodoform. pulverisat. — Salol. āā 2,5, Butyr. Cacaonis 5,0), in Folge dessen es sich leicht in gekrümmte Canäle und auch durch das Foramen apicale schieben lässt.

Zahnfleischfisteln, selbst Jahre lang bestehende, lassen sich relativ leicht heilen ohne Extraction des schuldigen Zahnes, lediglich durch Behandlung des letzteren. Das Auskratzen des Fistelganges ist nicht nothwendig.

Der Erfolg bei der conservirenden Zahnbehandlung ist nicht zum Mindesten abhängig vom Ausfüllen der Wurzelcanäle. Dieselben müssen vollkommen trocken sein, wenn sie die Füllung aufnehmen sollen. Darnach wird die Jodoformpaste oder irgend ein anderes nicht reizendes Antisepticum eingeführt und die Wurzelcanäle bis an das Foramen apicale mit breiig angerührtem Cemente oder auch mit Guttapercha ausgefüllt. Dieses Ausfüllen muss mit feinsten, biegsamen Stopfern fast ohne Druck geschehen, eine Arbeit, die erst nach langer Uebung erlernt, von Manchen gar nie richtig ausgeführt wird. Wenn die Wurzel compact ausgefüllt ist, wird die Krone mit irgend einer Plombe versehen. Es ist nachtheilig, die Wurzelcanäle ganz oder theilweise mit Watte oder Asbest auszufüllen oder gar dieselben leer zu lassen.

Mit dieser in grossen Zügen geschilderten Therapie kann man jeden Zahn und Zahnrest, der noch einigermaassen in der Alveole steckt, conserviren; nur eine verschwindend kleine Zahl muss der Zange verfallen.

Wozu aber die ausgedehnte Conservirung? Wir haben in neuerer Zeit gelernt, Umfang und Form eines Zahnes, dessen Krone partiell oder ganz zu Grunde gegangen ist, wieder herzustellen, sei es mit Füllungsmaterialien, sei es mit Emaillestückchen oder ganzen Kronen aus Emaille, Metall oder einer Combination beider (Stiftzähne, Logan-, Gold- oder Richmond-Kronen). Diese Art des Zahnersatzes ist so ideal, dass thatsächlich der Träger desselben vollständig darauf vergisst.

Auch die seit einigen Jahren vielfach ausgeführten Brückenarbeiten lassen sich nur durch die ausgedehnte conservative Behandlung der Zähne ermöglichen. Unter «Brückenarbeit» verstehen wir einen Zahnersatz, bei dem noch im Munde vorhandene einzelne Zähne oder Wurzeln als Träger des Ganzen fungiren. Ein derartiger Ersatz ist der Prothese mit Platte dann vorzuziehen, wenn zwischen 2 Zähnen (Brückenpfeiler) nur einer fehlt. Fehlen hingegen mehrere zwischen 2 festen Stützpunkten, so ist die Brückenarbeit zu verwerfen. Eine Ausnahme machen die sechs Frontzähne, bei denen sich auch 2 event. sogar noch mehr Zähne überbrücken lassen.

Wo ein Ersatz mit Kronen oder Brücken nicht zu schaffen ist, da hat wie seither der Plattenersatz einzutreten. Das Gold als Basis für künstliche Zähne verdient aus sanitären Gründen den Vorzug vor der Kautschuckplatte.

Es wäre zu wünschen, dass bald alle Zahnärzte ausschliesslich die conservative Therapie der Zähne übten in richtiger und Erfolg bringender Weise und dass das Publicum besonders von dem Hausarzte auf die Möglichkeit dieser Therapie und den daraus entspringenden Nutzen aufmerksam gemacht würde.

Aus der Universitäts-Kinderklinik (Prof. Dr. Kohts) zu Strassburg.

Ueber die diuretische Wirkung der Salicylsäure und des Coffeïns.

Von Privatdocent Dr. *Siegert,* I. Assistent der Klinik.

(Schluss.)

Ueberblicken wir die verschiedenen Versuche, so gestatten sie uns zunächst betreffs der diuretischen Wirkung des Natron salicylicum und des Coffeïns, wie des Coff. natro-salicyl. eindeutige positive Schlüsse.

Bei einem Patienten mit chronischer Peritonitis, dessen Nieren während der ganzen Dauer der Versuche jede Laesion vermissen lassen, wird durch das Natron salicylicum in kleiner wie grosser Dosis die Diurese jedesmal herabgesetzt, stets unter Erhöhung des specifischen Gewichtes. Dessgleichen wird die bei dem Coffeïnum purum ausnahmslos beobachtetete starke diuretische Wirkung durch die Verbindung mit dem Natron salicylicum in Form des Coffeïnum natro-salicylicum bedeutend herabgesetzt, die Coffeïndiurese durch die Salicylsäure unterdrückt. Umgekehrt entfaltet das Coffeïnum purum seine stärkste diuretische Wirkung nach voraufgegangener Verabreichung kleiner Salicylsäure-Dosen, Versuch 11 und 12. Nur durch die Anwendung des Coff. purum gelingt es, die Punction des Ascites ein für alle Mal zu beseitigen durch Resorption aller Oedeme, deren Bildung im Gegentheil durch das Natr. salicylicum beschleunigt wird. Meine Versuche bestätigen also in unzweifelhafter Weise die Angaben von Robin, Lürmann, Hogg, Dixneuf, Clouston, Randall, Wagner, Ebstein, Quincke und Anderen, welche eine Verminderung der Diurese im Gefolge des Natron salicylicum beobachteten.

Auch das in unserem Falle gesteigerte Oedem, besonders nach grösseren Dosen, findet sich in der Literatur mehrfach angegeben. So sah Lürmann [24] (1876) nach 4,0 Natr. sal. unter Harnverminderung Anasarka der Beine auftreten, welches bei erneuter Medication wiederkehrte. Bartels [10] (1878) theilt eine Beobachtung mit über Oedem der Vorderarme und Unterschenkel, welches nach Verabfolgung von 3 mal 4 g sich einstellte. Im Falle Quincke's [34] (1883) bei einem Diabetiker bewirkte das salicylsaure Natron starke Abnahme der Diurese — und des Zuckers — unter Auftreten von Anasarka ohne Albuminurie und bei Diabetes insipidus constatirte Wagner [26] (1889) raschen Rückgang der Harnmenge, begleitet von Oedem der Augenlider. In wie weit bei den zahlreichen Mittheilungen von Nephritis in Folge der Salicylsäurepräparate Oedeme zur Beobachtung kamen, habe ich nicht nachgesehen.

Noch in einer anderen Beziehung scheint mir das Resultat meiner Versuche einen Schluss zuzulassen, nämlich betreffs der Art, in der die Beeinflussung der Diurese durch die Salicylsäure aufzufassen ist.

Zunächst könnte hier an eine Beeinflussung des Blutdruckes und des Centralnervensystems gedacht werden.

Schon die widersprechenden Angaben der Autoren über das Thierexperiment beweisen, dass in kleinen Dosen der Blutdruck kaum beeinflusst wird, während er bei grossen, toxischen Dosen durch Herabsetzung der Herzkraft und Erweiterung der Capillaren sinkt. Des Weiteren beweisen die Thierexperimente die Unabhängigkeit der Diurese bei Natron salicylicum von der Function der Nerven. Andererseits aber zeigen die Versuche v. Schröder's, dass die Harnfluth nach Einverleibung des Coffeïns beim Thierversuch auf eine directe Epithelwirkung des Coffeïns zurückzuführen ist. Nun aber wird diese durch die Salicylsäure, wie unsere Versuche beweisen, sofort unterdrückt. Auch durch den Thierversuch lässt sich dies Verhältniss zwischen Coffeïn und Salicylsäure nachweisen. Mit gütiger Erlaubniss des Herrn Prof. Dr. Schmiedeberg und unter freundlicher Unterstützung durch Herrn Dr. philos. et med. Spiro wurde daher folgender Thierversuch angestellt, dessen Verlauf meine Vermuthung bestätigte.

Versuch 15. Männliches Kaninchen. Bestimmung der nach 24 stündiger Nahrungsentziehung gleichmässigen Diurese nach Befestigung der Ureterencanüle. Dieselbe beträgt in 10 Minuten 1 g.

4 h 16 M.—4 h 26 M. Harnmenge 1 ccm.
4 h 33 M.: Coff. pur. in Lösung intravenös 0,04.
4 h 37 M.: Harnmenge 4,5 ccm in 10 Minuten.
4 h 37 M.: Natr. salicyl. subcutan 0,15.
4 h 47 M.: Harnmenge 1,8 ccm in 10 Minuten.

Die nach der Einführung des Coffeïns sicher erfolgende enorme Steigerung der Diurese, die bereits begonnen hat, wird also bei subcutaner Einverleibung des Natr. salicylicums prompt unterdrückt.

4 h 57 M.: Harnmenge 1 ccm in 10 Minuten, Coffeïnwirkung tritt wieder ein.
5 h 7 M.: Harnmenge 18 ccm! in 10 Minuten.
5 h 9 M.: Unveränderte Diurese.
5 h 10 M.: Natr. salicyl. 0,15 subcutan.
5 h 13 M.: Diurese lässt nach.
5 h 18 M.: Diurese auf die Hälfte gesunken.
5 h 23 M.: In 5 Minuten noch 3,5 ccm.
5 h 24 M.: Coff. purum 0,04 intravenös.
5 h 29 M.: In 5 Minuten 4,5 ccm.
5 h 34 M.: In 5 Minuten 8,5 ccm.

Die Coffeïndiurese nimmt zu. Versuch abgebrochen.

Aus dem Versuch geht hervor, dass die beginnende Coffeïndiurese durch das Natr. salicylicum unterdrückt werden kann, auch wenn nur kleine Mengen, wie dies bei diesem Versuch der Fall ist, durch Resorption aus dem Unterhautbindegewebe zur Einwirkung gelangen, und dass die voll ausgebildete Coffeïndiurese ebenfalls durch Natr. salicylicum sofort beseitigt wird, umgekehrt durch neue Coffeïninjection wieder hervorgerufen werden kann. Dass noch eine Reihe anderer Gifte die Coffeïndiurese unterdrücken und ob dabei eine Wirkung auf die Nierenepithelien oder auch auf den Blutdruck maassgebend ist, wird Spiro in einer experimentellen Arbeit aus dem pharmakologischen Institut eingehend erörtern. Jedenfalls folgt aus meinen Beobachtungen am Krankenbett wie beim Thierversuch, dass für die Salicylsäure wie das Coffeïn mit Rücksicht auf ihre diuretische Wirkung an einen gemeinsamen Angriffspunkt zu denken ist. Des Weiteren dürfte in Anbetracht des Gesagten die Combination des Coffeïns mit der Salicylsäure als unzweckmässig zu betrachten sein in allen Fällen, wo das Coffeïn mit Rücksicht auf seine diuretische Wirkung gegeben wird und statt dessen das Coffeïnum purum in kleinen, wiederholten Dosen anzuwenden sein.

Was den Einfluss der Salicylsäure auf die Circulationsorgane anbelangt, so war bei Versuch 14 ein Sinken des Blutdrucks evident vorhanden. Der Puls war überhaupt kaum fühlbar, alle Venen waren als dicke, blauschwarze Stränge sichtbar, rasche Oedembildung trat ein. Auch die von Quincke so genannte Salicylsäure-Dyspnoë, sehr vertiefte und verlangsamte Athmung ohne bedeutende subjective Beschwerden trat in Versuch 14 auf, der zugleich die cumulative Wirkung (Quincke) und die lang andauernde Ausscheidung (Petersen, Gubler) im Harn bewies. Trotz grosser Gaben von Coffeïn und Hebung der Herzkraft mittelst Digitalis steigt die Diurese kaum nachweisbar, die Oedeme nehmen stark zu, die Punction des Ascites wird wegen Indicatio vitalis unvermeidlich. Die Ausscheidung im Harn aber war noch 8 Tage nach der letzten Salicylgabe leicht nachweisbar.

Neben diesen theoretischen Schlüssen aber hatten die Versuche den praktischen Erfolg, dass dem Patienten, der über 90 mal die Punction seines Ascites erfahren hatte, diese für immer erspart blieb. Und damit wurde er selbst von der ihn aufregenden Operation befreit, mit der eine gewisse Reizung des Peritoneums und eine, wenn auch sehr unbedeutende Infectionsgefahr, ausserdem aber die Möglichkeit einer Gefässverletzung entschieden verbunden war. Des Weiteren werden bei der Beseitigung des Ascites auf medicamentösem Wege die grossen Druckschwankungen vermieden und die Folgen des abdominellen Druckes (Nabelhernie, venöse Stauung, Lungenatelectase) fallen fort. Schliesslich dürfte auch der Umstand in Betracht kommen, dass bei der Punction

dem Patienten jedesmal etwa 20—30 g Albumen entzogen wurden, die ihm bei interner Behandlung verblieben.

Im Anschluss an diese Versuche combinirte ich nach dem Vorschlag Schmiedeberg's das Coffeïnum purum mit der Digitalis derart, dass verordnet wurde: Coffeïnum purum 0,10, Fol. digit. pulv. 0,02, 5 Pulver, 2stündlich.

Versuch 16. Julius Sch., 10 Jahre alt, mit chronischer Pleuritis dextra im Anschluss an Leberlues zeigte durch diese Medication folgende Diurese:

Datum	Harnmenge ccm	Spec. Gew.
31. I.	320	1019
1. II.	380	1019
2. II.	360	1017
3. II.	380	1017

Von 12 Uhr ab die angegebene Medication Coffeïnum purum + Digitalis, 5 Pulver, zweistündlich.

Datum	Harnmenge ccm	Spec. Gew.
4. II.	900	1014
5. „	1450	1010
6. „	1400	1009
7. „	1210	1009
8. „	1280	1012
9. „	1430	1011
10. „	1700	1008
11. „	1510	1009
12. „	1850	1007
13. „	1700	1007
14. „	1650	1006

Nachdem am 24. II. die Diurese ein Maximum von 2000 ccm erreicht hatte, bei einem spec. Harngewicht von 1008, erhält Patient statt Coffeïn mit Digitalis jetzt Natron salicylicum 1,50 pro die.

Versuch 17.

Datum	Harnmenge ccm	Spec. Gew.
24. II.	2000	1008
Natr. salicyl. 1,50 pro die.		
25. II.	1480	1013
26. „	980	1017
27. „	860	1021
28. „	840	1022
29. „	700	1025
1. III.	580	1024

Patient hat Athemnoth, weil das am 9. II. punctirte pleuritische Exsudat rechts, welches am 24. II. vorn keine Dämpfung verursacht, wieder bis zur Clavicula reicht und die Medianlinie nach links überschreitet.

Ordo: Coff. pur. 0,10. Fol. digit. pulv. 0,02, 5 mal 2 stündl. 1 Pulver.

2. III. Trotz des Coffeïns hat die Athemnoth zugenommen. Punction der rechten Pleura: 1225 ccm seröser Flüssigkeit mit starkem Eiweissgehalt.

Datum	Harnmenge ccm	Spec. Gew.
2. III.	700	1018
3. „	780	1012
4. „	1400	1010
5. „	1200	1013

Das pleuritische Exsudat nimmt nicht zu. Patient wird der Spitalbehandlung in gutem Kräftezustand entzogen.

Der Versuch zeigte die ausgezeichnete diuretische Wirkung der Combination Coffeïn—Digitalis und die stark antidiuretische Wirkung des Natron salicylicum, deren langsame Ausscheidung wie in Versuch 14 zunächst die Coffeïnwirkung beeinträchtigt.

Versuch 18. Patient der Versuche 1 bis 14.

Datum	Harnmenge ccm	Spec. Gew.
29. I.	370	1025
30. „	375	1026
Coff. natr. benz. 0,3, 4 Pulver pro die.		
31. I.	490	1022
1. II.	520	1021
2. „	450	1020
Coff. natr. benz. 0,15 10 Pulver pro die.		
3. II.	550	1022
4. „	550	1023
5. „	670	1022

Ordo.: Coff. pur. 0,1, Fol. digit. pulv. 0,02, 5 Pulver 2 stündlich.

Datum	Harnmenge ccm	Spec. Gew.
6. II.	720	1020
7. „	1010	1015
8. „	860	1017
9. „	630	1021
10. „	820	1017
11. „	710	1015
12 „	1080	1013
13. „	600	1017
14. „	620	1020
15. „	610	1019
Coffeïn-Digitalis wegen Erbrechens ausgesetzt.		
16. II.	525	1019
17. „	370	1021
18. „	250	1025
19. „	410	1026
Coffeïn-Digitalis wieder gegeben.		
20. II.	500	1025
21. „	510	1022
22. „	720	1017
23. „	780	1016
24. „	710	1013

Auch aus diesem Versuch geht hervor, dass es sehr zweckmässig ist, das Coffeïn mit der Digitalis zu combiniren und in wiederholten kleinen Dosen zu verabreichen. Auf Grund aller Versuche aber empfiehlt es sich, das schwer lösliche Coffeïnum purum den löslichen Verbindungen vorzuziehen und mit oder ohne Digitalis in allen den Fällen zu versuchen, wo bei intacten Nieren und bei venöser Stauung durch starke Anregung der Diurese eine Beseitigung von Oedemen möglich erscheint.

Eine Resorption der pleuritischen Exsudate durch die angebliche diuretische und resorbirende Wirkung der Salicylsäure erscheint mir auf Grund meiner Untersuchungen durchaus fraglich.

Literatur.

1. Lymas: Dissert. Erlangen 1876.
2. Koehler: D. Zeitschr. f. prakt. Med. 1876.
3. Clouston: Virchow-Hirsch, 1882, Bd. I, S. 419.
4. Favel: Thèse de Paris 1887.
5. Hare: Therap. Gaz. 1887. VI—VIII.
6. Maragliano: Zeitschr. f. klin. Med. 1884.
7. C. Virchow: Zeitschr. f. phys. Chem. 1882.
8. Salomé: Wiener med. Jahrb. 1885.
9. Kumagawa: Virch. Arch. 1885, Bd. 113.
10. Chopin: Thèse de Paris 1889.
11. Buschmann: Dissert. Kiel 1892.
12. Fleischer: Berl. klin. Wochenschr. 1875.
13. Blanchier u. Rochefontaine: Compt. rend 1878, Bd. 87.
14. Baelz: Arch. der Heilk. 1876, Bd. 17.
15. Carrieu: Montpellier médical 1878.
16. Sasetzky: Virch. Arch. 1883.
17. Huber: Arch. f. klin. Med. 1887.
18. Stiller: Wien. med. Presse 1890.
19. Mercandio: Riforma medica 1890.
20. Aufrecht: Therap. Monatsh. 1893.
21. Stockvis: Wiener med. Presse 1894.
22. Robin: citirt bei Chopin.
23. Hogg: Thèse de Paris 1877.
24. Lürmann: Berl. klin. Wochenschr. 1876.
25. Dixneuf: Thèse de Paris 1878.
26. Wagner: Wien. klin. Wochenschr. 1888.
27. Randall: Bull. gén. de therap. 1888
28. Ebstein: Berl. klin. Wochenschr. 1876.
29. Quincke: Berl. klin. Wochenschr. 1883.
30. Leube: Berl. klin. Wochenschr. 1878.
31. Erb: Berl. klin. Wochenschr. 1889.
32. Freman: Lancet 1886, Bd. I, S. 1137.
33. Freudenberg: Berl. klin. Wochenschr. 1878.
34. Quincke: l. c
35. See: citirt nach: Med. Jahresb. 1877, Bd. I, S. 418.
36. Weckerling: Deutsch. Arch. f. klin. Med 1877.
37. v. Ackeren: Char.-Annalen 1888—1889.
38. Fürbringer u. Schultze: D. Arch. f. klin. Med. 1876.
39. Leonhardi-Aster: D. Zeitschr. f. prakt. Med. 1876.
40. Bartels: D. med. Wochenschr. 1878.
41. Huber: Thèse de Paris 1878.
42. Loeb: Centr. f. klin. Med. 1883.
43. Briston: Brit. med. Journal 1885, Bd. II, S. 332.
44. Shaw: Guys Hosp. Rep. 1887.
45. Faire: St. Louis Elect. med. Journ. 1886.
46. Quincke: Berl. klin. Wochenschr. 1882.
47. Petersen: D. med. Wochenschr. 1878.
48. Gubler: citirt bei Hogg: Thèse de Paris 1877.

Feuilleton.

Die preussische Medicinalreform.

Von Dr. *Wilhelm Hanauer* in Frankfurt a/M.

Endlich ist die so lang ersehnte und so oft versprochene preussische «Medicinalreform» nun einen Schritt vorwärts gekommen. Die kürzlich veröffentlichten «Grundzüge über die Umgestaltung der Medicinalbehörden» zeigen uns zum ersten Mal die greifbaren Umrisse dieser Reform und orientiren über das, was man eigentlich unter ihr zu verstehen hat, denn man wird sich erinnern, dass bei der letzten Verhandlung der Materie im preussischen Landtag über Ziele und Umfang dieser Neu-Organisation nichts weniger wie Klarheit geherrscht hat. Ausgegangen ist die Agitation zur Herbeiführung der «Medicinalreform» von den preussischen Medicinalbeamten. Diese verstanden und erstrebten in der Medicinalreform die Umgestaltung der Stellung der Kreisphysiker derart, dass dieselben zu unmittelbaren Staatsbeamten erhoben würden mit festem, auskömmlichen Gehalt, Wohnungsgeldzuschuss, Ansprüchen auf Pension und auf Wittwen- und Waisenversorgung. Demgegenüber wurde von Seiten der Regierung bei der vorjährigen Behandlung der Materie im preussischen Landtag betont, dass es sich bei der «Medinalreform» nicht ausschliesslich um die Stellung der Kreisphysiker handeln könne, sondern vielmehr um eine Reorganisation des ganzen Medicinalwesens. Dadurch, in Folge der mit einer derartigen Neuordnung naturgemäss verbundenen Schwierigkeiten, nicht etwa durch ein zu sparsames Verhalten, erkläre sich auch die lange Verzögerung.

Man muss dankbar anerkennen, dass die Regierung ihre Zusicherung gehalten hat, dass sie eine gründliche Reform plant, wenn es auch keine solche an Haupt und Gliedern ist, wie wir gleich sehen werden. Wenn nun auch die «Münchener medicinische Wochenschr.» in ihrer No. 18 bereits die Grundzüge des Gesetzentwurfes mitgetheilt hat, so rechtfertigt doch die Wichtigkeit des Gegenstandes, dass wir uns jetzt noch etwas eingehender mit ihm befassen.

Die preussischen Medicinalangelegenheiten als Zweig der allgemeinen Landesverwaltung sind dieser naturgemäss sowohl in den obersten wie mittleren, als auch in den unteren Verwaltungsinstanzen angegliedert. Es muss sogleich bemerkt werden, dass in der Organisation der obersten Medicinalbehörde der Entwurf eine Aenderung nicht vorsieht. Diese ist bekanntlich in Preussen mit dem Cultusministerium verbunden. Da die Medicinalangelegenheiten mit diesem Ministerium nur in einem Punkte zusammenhängen, nämlich dem des Prüfungswesens, so ist häufig die Abtrennung des Medicinal-Resorts von dem der Unterrichts- und geistlichen Angelegenheiten verlangt worden. Die Einen wünschten, entsprechend der Wichtigkeit des Gegenstandes, ein eigenes, selbstständiges Ministerium für öffentliche Gesundheitspflege, die Anderen die Vereinigung von Medicinaldepartements mit dem Ministerium des Innern, zu dem es naturgemäss gehört, wie dies in Bayern, Sachsen, Württemberg, Baden, Hessen etc. der Fall ist, eine Forderung, die vor einigen Wochen im preussischen Landtag wieder nachdrücklich erhoben wurde.

Die Reform erstreckt sich also nur auf die mittleren und unteren Instanzen, und hier handelt es sich um Umbildung, Neubildung und Aufhebung von Organisationen. Die Umbildung betrifft im Wesentlichen die Stellung der Kreisphysiker, die Neubildung bezieht sich auf die Schaffung eigener Gerichtsärzte, ferner die Einrichtung von Bezirks-, Kreis- und Ortsgesundheitsräthen und von Untersuchungsanstalten, die Aufhebung endlich bezieht sich auf die Stellen der Kreis-Wundärzte und die Provinzialmedicinalcollegien.

Beginnen wir nun zunächst mit der geplanten Veränderung der Stellung der Kreisphysiker. Wir haben gesehen, dass von ihnen der Anstoss zur ganzen Reform ausgegangen ist. Maassgebend für die Agitation derselben war die wachsende Unzufriedenheit mit ihrer Stellung, deren Erfordernissen nicht im Verhältniss zu der steigenden Wichtigkeit der öffentlichen Gesundheitspflege und den demgemäss an diese Beamten gestellten Aufgaben von der Regierung Rechnung getragen wurde. Die Kreisphysiker bekamen bisher ein festes Gehalt von Mk. 900, im Uebrigen waren sie auf die Gebühren der sanitäts-polizeilichen und gerichtlich-medicinischen Geschäfte angewiesen, sowie auf die Einnahmen aus ihrer Privatpraxis. Pensionsberechtigt waren sie nicht, ebensowenig stand ihren Hinterbliebenen ein Anrecht auf Versorgung zu. Wenn nun die Kreisphysiker auch ein Recht hatten, sich über die vielfachen Unzuträglichkeiten ihrer Stellung zu beklagen, so konnten wir doch niemals zu der Ueberzeugung kommen, dass diese Klagen insoweit berechtigt waren, als vielfach auch materielle Noth der Medicinalbeamten als Folge ihrer unzulänglichen Besoldung angegeben wurde, denn, wenn auch der Grundgehalt bisher ein sehr geringer war, so erhöhte sich doch ihr Einkommen aus dienstlichen Geschäften durch die Gebühren ganz bedeutend. Ich erinnere hier nur an die am häufigsten vorkommenden Verrichtungen: Abwartung gerichtlicher Termine, Besichtigung und Obduction von Leichnamen, Erstattung von Gutachten, Ausstellung von Attesten, die häufige Inanspruchnahme in Irrensachen, sanitätspolizeiliche Untersuchungen und Begutachtung von Nahrungsmitteln, von Wohnungen etc, Verrichtungen bei epidemischen Krankheiten, Apothekenvisitationen, Hebammenprüfungen etc. etc.

Abgesehen davon, war der Staat bisher bemüht, dem Physikus noch möglichst viele gewinnbringende Nebeneinnahmequellen zu verschaffen, durch Gewährung staatlicher Stellen, wie Gefängnissarzt-, Bahnarzt-, Impfarztstellen, auch wurden die Gemeinden veranlasst, den Medicinalbeamten derartige Stellen zu reserviren. So finden wir dieselben vielfach als Krankenhaus-, Armen- und Cassenärzte. Natürlich waren sie vermöge der ihnen innewohnenden publica fides auch bei der Ausführung der socialpolitischen Gesetze in erster Linie thätig, als Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaften und Invaliditätsanstalten, als Gutachter bei den Schiedsgerichten etc. Ferner bedienten sich ihrer die privaten Lebens- und Unfallversicherungsgesellschaften mit Vorliebe. Dazu stand ihnen bisher die Privatpraxis in vollem Umfange offen, und je nach der Intensität der Inanspruchnahme durch amtliche Verpflichtungen und des daraus resultirenden Einkommens gestaltete sich auch der Umfang der privaten Thätigkeit. Wir sehen in zahlreichen grossen und grösseren Städten den Kreisarzt vollständig auf Privatpraxis verzichten, wir sehen aber auf der anderen Seite in kleinen Bezirken denselben eine sehr umfangreiche Privatpraxis entfalten, die von den concurrirenden praktischen Aerzten manchmal recht unangenehm empfunden wurde. Die Grundlagen für die Erwerbung einer unter Umständen recht einträglichen Privatpraxis waren für den Amtsarzt von vornherein gegeben; einmal kam demselben die ihm vom Staate verliehene Autorität in Fragen der öffentlichen Medicin zu gut, die vom Publicum vielfach auch auf das therapeutische Können desselben übertragen wurde, ausserdem musste der Physikus durch seine vielfachen Berührungen mit dem Publicum in seinem Kreise rasch bekannt werden. Seine amtlichen Beziehungen als Vorgesetzter sämmtlicher im Kreise ansässigen Hebammen verschafften ihm u. A. eine grössere oder geringere geburtshilfliche Praxis.

Verstand es daher der Physikus, den Beamten nicht allzusehr vorzukehren, verband er ein conciliantes Auftreten mit der Befähigung, Collisionen mit seiner amtlichen und privaten Thätigkeit nach Kräften zu vermeiden, so musste es ihm leicht fallen, den Schaden, der ihm durch Ausfall an staatlichem Gehalt in seinem Einkommen erwuchs, durch private Thätigkeit zu ersetzen. Die materiellen Verhältnisse konnten es also nicht sein, welche die wachsende Unzufriedenheit der Kreisphysiker erregten, vielmehr waren es Gründe anderer Art. Es war vor Allem der durchaus berechtigte Unwille darüber, dass ihnen, nachdem sie jahrelang dem Staate ihre Dienste gewidmet, im Gegensatz zu allen anderen Beamten, jeder Anspruch auf Alters-, Wittwen- und Waisenversorgung versagt war, wenn ihnen nicht im Wege der Gnade eine Unterstützung zu Theil wurde. Des Weiteren — und dies ist die ideale Seite der Frage — wurde es von ihnen schmerzlich empfunden, dass der Staat sich nicht zu der Einsicht emporschwingen wollte, dass, entsprechend der wachsenden Wichtigkeit und den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege, das Amt des Kreisphysikus den ganzen Mann verlange, dass es nicht mehr angehe, dasselbe dem praktischen Arzt als Nebengeschäft aufzubürden. Natürlich musste diese Zwitterstellung der Medicinalbeamten vielfache Collisionen mit sich bringen. Nahm es der Physikus ernst mit seinem Amte, deckte er unerschrocken gesundheitliche Schäden auf und drang auf deren Abstellung, so war er in Gefahr — man denke sich hier den Physikus spec. als Arzt einer Fabrik oder eines grossen Gutes —, seine Privatpraxis zu verlieren und eine empfindliche Einbusse in seinem Erwerb zu erleiden. Huldigte er dem Grundsatze der laisser aller, so musste er sich dagegen in seinem Gewissen der nachlässigen Ausübung seiner Amtspflichten beschuldigen. Wenn wir das oft unerquickliche Verhältniss der Staatsärzte zu den praktischen Aerzten, die im Physikus den bevorzugten Concurrenten erblickten, nicht weiter erörtern, da dies uns hier zu weit führen würde, so muss als weitere Quelle der Unzufriedenheit der Physiker ihre unselbständige Stellung, der Mangel an Iniative und Executive hervorgehoben werden. Der Physikus war nur in seltenen Fällen berechtigt, selbständig vorzugehen, er durfte nur im höheren Auftrag arbeiten, nur auf Weisung der Behörde eingreifen, die Ausführung der von ihm angeordneten Maassnahmen war wiederum nicht seine Sache, sondern die der Polizei oder des Landrathsamtes. Gerade auf dem Gebiete der ansteckenden Krankheiten musste diese bureaukratische Behandlung der Sache zu schweren Nachtheilen führen. Um hievon nur ein Beispiel anzuführen, so berichtete der Kreisphysikus Dr. Noethlichs in Heinsberg in einem Vortrag über «Schliessung der Schulen bei Masern» auf der 4. Conferenz der Medicinalbeamten des Regierungsbezirkes Sachsen[1]), in seinem Kreise gestalte sich die Sache so, dass der Oberbürgermeister die Anzeige erstatte, in dem Orte X seien drei Schulkinder an Masern erkrankt, der Verlauf sei ein gutartiger, die Vorsichtsmaassregeln getroffen.

Da die Krankheit gutartig verläuft, so unterbleibt die Untersuchung des Kreisphysikus an Ort und Stelle, es wird nur ein weiterer Bericht über den Charakter und die fernere Ausbreitung der Epidemie von der Ortspolizeibehörde gefordert. Darüber vergehen ungefähr 10—12 Tage; trifft der Bericht dann ein, so enthält er meist die Nachricht, dass die Krankheit in voller Blüthe stehe und den ersten Fällen 50—60 weitere gefolgt seien. Erfolgt nunmehr der Schluss der Schule, so wird prophylaktisch selbstverständlich nichts mehr erreicht, dies wäre aber möglich gewesen, wenn in

[1]) Zeitschrift für Medicinalbeamte 1897, No. 8.

einem solchen Falle die Anzeige vom Ausbruch der Seuche direct an den Medicinalbeamten gelangt, dieser sofort eine ärztliche Untersuchung vornimmt und eventuell eine sofortige Schliessung der Schule für einen Zeitraum von 14 Tagen veranlasst. Aehnlich mögen die Verhältnisse liegen, wenn es sich um den Ausbruch von Typhus und die Untersuchung eines verdächtigen Brunnens handelt. Einen sehr lehrreichen hierhergehörigen Fall theilt Prof. Stutzer[2]) in der neuesten Nummer des Centralbl. für allg. Gesundheitspflege mit. Diesen Missständen will nun das neue Gesetz ein Ende machen. Der Kreisarzt soll vollbesoldeter, unmittelbarer Staatsbeamter werden, er bezieht als solcher Gehalt nebst Wohnungsgeldzuschuss und Dienstaufwandentschädigungen, er hat Anspruch auf Pension, Wittwen- und Waisenversorgung. Auch bezüglich der Initiative und der Executive sollen seine Befugnisse erweitert werden, er soll auch ohne besonderen Auftrag seinen Amtsbezirk periodisch bereisen können und, wenn Gefahr im Verzuge ist, falls ein vorhergehendes Benehmen mit der Polizeibehörde nicht thunlich ist, die ihm unbedingt erforderlich erscheinenden Maassnahmen selbständig treffen können, insbesondere in Bezug auf die Abwehr ansteckender Krankheiten.

Soweit sind nun die bisherigen Kreisphysiker mit der Neugestaltung ihrer Stellung völlig einverstanden, weniger Einverständniss dagegen findet sich mit den weiteren Reformen, die mit dieser Stellung geplant sind, nämlich dem Verbot der Ausübung der Privatpraxis und der Trennung der gerichtlichen Medicin von den Geschäften der Medicinal- und Sanitätspolizei. Was zunächst die Loslösung der Privatpraxis von der amtlichen Thätigkeit des Kreisarztes anlangt, so musste diese Trennung aus den oben skizzirten Gründen sich mit Naturnothwendigkeit ergeben. Wenn der Staat einen Beamten voll besoldet und ihn in jeder Hinsicht den Beamten anderer Kategorien gleichstellt, dann kann und muss er auch verlangen, dass dieser Beamte ihm seine ganze Kraft und Zeit widmet, dass er in der Erfüllung seiner amtlichen Aufgaben auch nicht im Geringsten durch die Sorge für seine private Geschäfte abgelenkt werde, zumal diese amtlichen Geschäfte entsprechend ihrem Umfange und ihrer Wichtigkeit wohl im Stande sind, den ganzen Mann in Anspruch zu nehmen, und zumal gerade bei der Ausübung dieser Functionen schwere Collisionen zwischen der amtlichen und privaten Thätigkeit unvermeidlich sind. Nun kommt allerdings hier ein Argument in Betracht, das nicht ganz von der Hand zu weisen ist, und welches mit den speciellen Eigenthümlichkeiten der ärztlichen Thätigkeit zusammenhängt.

Es wird betont, der Kreisphysikus müsse auch im Interesse seiner amtlichen Thätigkeit in stetem Zusammenhang mit der praktischen Medicin bleiben. Er müsse über die Fortschritte derselben stets unterrichtet sein, da ja die Gesundheitspflege auch nur ein Zweig der Medicin sei, der von der Gesammtwissenschaft nicht losgelöst werden dürfe, der vielmehr letzterer stetige Anregung und Befruchtung verdanke. Die Ausübung der praktischen Medicin soll dem Physikus ferner eine engere Fühlung mit den Bedürfnissen des praktischen Lebens geben und ihm Einblicke in die socialen Verhältnisse der Bevölkerung verschaffen. Kurz und gut, das ganze Amt würde bei Wegfall der Privatpraxis Noth leiden. Dem gegenüber muss doch hervorgehoben werden, dass, worauf auch Kreisphysikus Dietrich aufmerksam macht[3]), zahlreiche Beispiele beweisen — man denke an unsere grossen Hygieniker, Professoren, höhere Medicinalbeamten im In- und Auslande —, dass die ärztliche Praxis nicht nöthig ist, um Erfolgreiches auf dem Gebiete der Hygiene zu leisten. Ausserdem haben die Physiker ja immer Gelegenheit, Erfahrungen auf dem Gebiete der ärztlichen Praxis zu sammeln, da sie, ehe sie überhaupt nur zur Physikatsprüfung zugelassen wurden, eine 2—3jährige praktische Thätigkeit hinter sich haben müssen. Bis zum Eintritt in die amtliche Thätigkeit verstreichen dann in der Regel immer noch eine grössere oder geringere Anzahl von ausschliesslich der ärztlichen Praxis gewidmeten Jahren und diese wird sich bei der Neuorganisation voraussichtlich noch vergrössern. Ausserdem sieht ja auch das neue Gesetz vor, dass der Physikus der praktisch-ärztlichen Thätigkeit nicht ganz entfremdet werden soll. Es ist ihm consultative Praxis erlaubt, ausserdem mit Genehmigung der Behörden auch die Annahme von Armenarzt-, Gefängniss-, Hospital-, Bahn-, Vertrauensarzt-Stellen. Dafür, dass der Kreisarzt in Fragen der ärztlichen Praxis nicht «rostet», ist also ausreichend gesorgt. Die Forderung aber, die Privatpraxis zu gestatten, soweit dies ohne Vernachlässigung der dienstlichen Geschäfte möglich ist, kann nicht unterstützt werden, da die Grenze hier schwer zu ziehen ist und durch die Privatpraxis die gesammte Wirksamkeit des Amtsarztes in Frage gestellt werden kann.

Auch mit der Trennung der gerichtlichen Medicin von den übrigen Physikatsgeschäften sind wir vollständig einverstanden. Die gerichtliche Medicin hat eigentlich mit der Medicinal- und Sanitätspolizei nur das gemeinsam, dass beide Zweige der öffentlichen oder Staatsmedicin sind, im Uebrigen sind doch die Aufgaben und Zwecke Verschiedene, was sich schon daraus ergibt, dass die gerichtliche Medicin sich vorwiegend mit dem Menschen, das öffentliche Sanitätswesen sich vorwiegend mit unpersönlichen Dingen zu beschäftigen hat, wiewohl natürlich auch mehrfach Berührungspunkte und Uebergänge vorhanden sind. Nun macht sich aber auch hier, entsprechend dem riesigen Fortschritte unserer Wissenschaft, wie in anderen Zweigen der Medicin die Forderung der Arbeitstheilung, der Specialisirung, gebieterisch geltend. Darüber, dass aber die gerichtliche Medicin als Wissenschaft zurückgeblieben ist, wird vielfach geklagt. Soll also auf beiden Gebieten Gediegenes auch in wissenschaftlicher Hinsicht geleistet werden, so müssen dieselben getrennt werden. Aber dieser Gesichtspunkt mag für die Regierung weniger in Betracht kommen wie der, dass der Gerichtsarzt, der als Sachverständiger ein so überaus verantwortliches Amt bekleidet, von dessen Votum gar oft Vermögen, Ehre, Freiheit, ja das Leben abhängt, zu diesem Amte die grösstmögliche Befähigung besitzen muss. Die Befähigung zu einem Berufe ist aber um so grösser, je mehr Erfahrungen in demselben gesammelt werden können. Dazu war aber oft den bisherigen Physikern die Gelegenheit versagt. Wie der Geh. Medicinalrath Dr. Hüpeden in Hannover[4]) hervorhebt, gibt es Kreise, in denen der Physikus nur selten Gelegenheit hat, gerichtsärztliche Functionen zu verrichten. Beispielsweise hatten die Kreise Sulingen und Syke weder im Jahre 1886 noch 1887 eine Obduction, im Jahre 1888 je nur eine. Auf diese Weise mussten die Kreismedicinalbeamten entweder überhaupt nie recht in die Uebung gelangen, oder, wenn sie eine solche besassen, wieder aus derselben herauskommen. Derselbe Uebelstand konnte sich auf dieselbe Weise auch auf dem so wichtigen Gebiete der Sachverständigen-Thätigkeit in Irrensachen geltend machen. Dem will nun der Entwurf ein Ende machen, indem er für grössere Bezirke specielle Gerichtsärzte vorsieht. Ihnen soll die Ausübung der Privatpraxis erlaubt sein und demgemäss auch der Gehalt gering bemessen werden. Aber, ob diesen Beamten die Ausübung ihrer dienstlichen Verpflichtungen noch Zeit lassen wird, die Privatpraxis in nennenswerthem Umfange auszuüben, ob es sich nicht vielmehr empfehlen würde, die Gerichtsärzte ebenfalls zu Vollbeamten zu machen, diese Frage wird noch eingehend zu erörtern sein.

Aufgehoben sollen werden die Stellen der Kreiswundärzte; diese verdanken, wie wir Pistor[5]) entnehmen, ihre Entstehung jener Zeit, in welcher der Schwerpunkt der amtsärztlichen Thätigkeit in der gerichtsärztlichen Beschäftigung lag und die Verkehrswege noch so unentwickelt waren, dass der zu gerichtlichen Leichenöffnungen nöthige zweite Sachverständige nur schwer zu haben war. Schon 1875 wollte die preussische Regierung die Kreiswundarzt-Stellen einziehen, stand aber damals von dem Gedanken ab, dagegen begann man 1889 eine Anzahl Kreis-Wundarzt-Stellen eingehen zu lassen, wie sich aus dem Medicinal-Etat 1889/90 ergab, zufolge dessen 52 derartige Stellen eingezogen wurden.

Eingehen sollen ferner die Provincial-Medicinalcollegien. Für diese bestand immer noch die Instruction vom Jahre 1817, derzufolge ihre Aufgaben vielseitiger Natur waren. Neben gerichtlich medicinischen waren es sanitätspolizeiliche Geschäfte, Prüfung der Medicinalpersonen etc., die ihnen oblagen. Von all' diesen Verpflichtungen ist ihnen zur Zeit hauptsächlich nur noch die Revision der von Kreismedicinalbeamten aufgenommenen Sectionsprotokolle geblieben und, wenn ihnen diese Function auch noch entzogen und damit ihrem ganzen Dasein ein Ende bereitet wird, so ist das auch nicht weiter zu bedauern, da, wie Leppmann[6]) mit Recht hervorhebt, Gutachten, welche meist nur noch eine Kritik anderer Gutachten ohne eigene Untersuchung von Personen und Sachen darstellen, nicht mehr ganz in den Rahmen moderner Rechtspflege gehören.

Neu gebildet sollen werden Bezirks-, Kreis- und Ortsgesundheits-Räthe; es soll damit ein Netz von Organisationen über das ganze Land ausgespannt werden, welchem die Beobachtung der Gesundheitsverhältnisse, die Abgabe von Gutachten und von Vorschlägen auf dem Gebiete des Gesundheitswesens obliegt. Eine derartige Organisation besteht bis jetzt nur in Elsass-Lothringen und sie hat sich dort bewährt. Als erfreuliches Moment tritt dabei in Betracht, dass die Regierung bestrebt ist, möglichst viele Kreise der Bevölkerung für den Segen der Gesundheitspflege heranzuziehen.

Vorgesehen ist ferner die Errichtung von Provinzial-Untersuchungsanstalten. Auch die Errichtung dieser ist eine Nothwendigkeit. Denn, wenn das Reichsgesetz gegen die Verfälschung der Nahrungsmittel noch nicht seine volle Wirkung entfalten konnte, so liegt dies vor Allem an der in wenig befriedigender Weise gehandhabten Controle der Lebensmittel, an dem Mangel gut eingerichteter öffentlicher Untersuchungsanstalten, und bis vor Kurzem auch an dem Mangel geeignet qualificirter Analytiker. Letzterem wird seit Einführung der Prüfung für Nahrungsmittelchemiker nach und nach abgeholfen werden. Aber auch diese können öffentliche Untersuchungsanstalten nicht ersetzen und sie können nicht die öffentliche Autorität beanspruchen, so lange sie vorwiegend Handelschemiker sind. Ja, es muss sich dabei oft eine Zwitterstellung

[2]) Prof. Dr. S. Stutzer: Illustrationen zu dem Thema: Die Ausübung der Lebensmittelcontrole. Centralbl. f. allg. Gesundheitspflege 1897, Heft 3 und 4.

[3]) Kreisphysikus Dr. Dietrich: Soll der Kreisarzt Privatpraxis treiben oder nicht? Zeitschr. f. Medicinalbeamte 1897, No. 9.

[4]) Ist eine Trennung der gerichtlichen Medicin von den übrigen Physikatgeschäften zu empfehlen? Zeitschrift für Medicinalbeamte 1896. No. 18.

[5]) Pistor, Das Gesundheitswesen in Preussen nach deutschem Reichs- und preussischem Landesrecht. Berlin 1895, Plötz.

[6]) Aerztliche Sachverständigen-Zeitung 1897, No. 9.

[7]) v. Stengel, Wörterbuch des deutschen Verwaltungsrechtes. Artikel: Controle der Nahrungsmittel und Nahrungs- und Genussmittel.

herausbilden, die an die des auf Privatpraxis angewiesenen Kreisphysikers erinnert, und die hier wie dort zu Collisionen führen kann.

Nur eine gleichmässige Organisation gleichmässig über das Reich vertheilter Untersuchungsämter mit Anstellung der erforderlichen Anzahl wohl ausgebildeter Gesundheitsbeamten kann die Grundlage bilden zu einer so zuverlässigen, sachverständigen Berathung der Judicatur, wie sie im Interesse des öffentlichen Rechtes von der Gesundheitspflege mehr und mehr gefordert werden muss. Diese Forderung, die Finkelnburg[7] bereits vor 7 Jahren gestellt hat, ist auch heute in Preussen noch nicht erfüllt; hoffen wir, dass die Frage bald ihrer Lösung entgegengeht. Aber nicht allein den Provinzen sollte die Errichtung von Untersuchungsanstalten zur Pflicht gemacht werden, sondern auch den Städten, die lange noch nicht alle auf der Höhe sind, dass sie die Errichtung einer öffentlichen Untersuchungsanstalt für nützlich und für die Gesundheitspflege förderlich halten, wie wir es an dem Beispiel von Frankfurt a. M. im vorigen Jahre gesehen haben.

Alles in Allem betrachtet, bedeutet der Entwurf einen bedeutenden Fortschritt in der Reform des preussischen Medicinalwesens.

Er ist bereits am 3. Mai einer aus höheren Medicinalbeamten, Parlamentariern und Aerzten gebildeten freien Commission zur Vorbesprechung vorgelegt worden. Es war vorauszusehen, dass hier eine völlige Zustimmung zu allen Punkten des Entwurfes nicht zu erwarten war. Soweit aus der Tagespresse zu entnehmen war, ist aber wohl eine Uebereinstimmung über die Grundlinien des Entwurfes erzielt worden, namentlich über die Neugestaltung der Stellung des Kreis- (Bezirks-) Arztes, insofern derselbe zum Vollbeamten erhoben werden sollte; Differenzen machten sich nur über die allerdings sehr wichtigen Fragen der Gestaltung der Privatpraxis für denselben und der Abtrennung der gerichtlichen Medicin geltend, ferner waren die Ansichten über die Nothwendigkeit der Errichtung von Provinzialuntersuchungsämtern und von Bezirksgesundheitsräthen getheilt. Hoffen wir, dass auch in den strittigen Punkten eine Einigung erzielt wird, dass der Entwurf alle noch zu durchlaufenden Stadien glücklich passirt und baldmöglichst in den sicheren Hafen der Gesetzgebung gelangt.

Referate und Bücheranzeigen.

Georg Ruge, o. ö. Prof. d. Anat. und Director der anatom. Anstalt zu Amsterdam: **Anleitungen zu den Präparirübungen an der menschlichen Leiche.** Zweite verbesserte Auflage. Mit 51 Fig. in Holzschnitt. Leipzig. Verlag von Wilhelm Engelmann. 1896. 313 Seiten.

Das Ruge'sche Buch bietet dem Studirenden eine Fülle von Belehrungen und gestattet einen leichten Ueberblick über jedes in Betracht kommende specielle Arbeitsfeld. Der Verfasser schliesst sich in seiner Darstellung eng an die in Heidelberg geübte Technik an; da nun der Einlauf des Materials, die Zahl der Studirenden und der verfügbaren Docenten sich an verschiedenen Universitäten sehr verschieden gestalten, so wird, wie der Autor ja selber wohl weiss, nicht nur die grobe Eintheilung des Arbeitspensums, sondern auch die specielle Technik je nach den Umständen variiren müssen. Doch thut dies der allgemeinen Brauchbarkeit des Buches keinen Eintrag, da die Anweisungen, die der Autor im Einzelnen für die Betrachtung und Bearbeitung des anatomischen Materials gibt, dem angestrebten Zweck, dem Studirenden unter Hervorhebung der beachtenswerthen Punkte nicht nur in rein technischer, sondern vor Allem auch in topographischer Hinsicht ein sicherer Führer zu sein, völlig entsprechen. Das Studium des Buches kann nebenher auch zur Ergänzung der gewöhnlich benutzten Lehr- und Handbücher dienen, da der Studirende hier einen beträchtlichen Theil des Stoffes in einer anderen Form der Zusammenstellung kennen lernt.

Martin Heidenhain.

A. Kölliker: Handbuch der Gewebslehre des Menschen. 2. Band: **Nervensystem des Menschen und der Thiere.** Leipzig 1896 bei Engelmann. Preis: Mk. 24. 874 Seiten.

Das grosse Werk Kölliker's liegt nun vollendet vor uns. Es wäre vermessen, wenn wir ein Wort des Lobes für dieses Buch aussprechen wollten, das hätte aus berufenerem Munde zu geschehen; ganz abgesehen davon, dass Jeder, der sich mit der Anatomie des Nervensystems beschäftigt und die Fortschritte des letzten Jahrzehntes gesehen hat, weiss, welche Riesenarbeit Kölliker bewältigt hat. Aber Kölliker hat, wie genugsam bekannt ist, nicht nur die Fortschritte in seinem Buche berücksichtigt, er hat vielmehr auf jeder Seite durch Wiedergabe des Resultates eigener mühevoller Untersuchungen sich an die Spitze des Fortschrittes gestellt, ohne dabei die Resultate der andern Forscher, sofern sie nur Beachtenswerthes enthielten, zu übersehen. Wer genauere Studien im Gebiete des Nervensystems machen will, wird in dem mit instructiven und schönen Abbildungen reich ausgestatteten Buche stets reiche Unterstützung und volle Aufklärung finden.

A. Cramer-Göttingen.

Maurice Letulle: Anatomie Pathologique. Coeur, Vaisseaux. Poumons. Avec 102 Fig., dont 31 en couleurs. Paris, Georges Carré, et C. Naud, Editeurs.

Letulle selbst will sein Werk weder als ein Lehrbuch, noch als ein Handbuch der pathologischen Anatomie aufgefasst wissen, sondern bezeichnet dasselbe lediglich als «Etudes anatomiques-pathologiques». Gleichwohl entspricht dasselbe, von der Unvollständigkeit abgesehen, in seiner ganzen Anlage einem vorzüglichen Lehrbuch, welches sich den besten ähnlichen Werken der deutschen Literatur würdig an die Seite stellt. Der vorliegende Band umfasst die pathologische Anatomie der Circulationsorgane und der Lunge, welche freilich keine erschöpfende Darstellung gefunden hat.

Sehr zweckmässig und gewiss den Aufgaben eines Lehrbuches entsprechend ist es, dass der Verf. jedem Abschnitt eine durch treffliche Abbildungen erläuterte Schilderung der normalen Anatomie und Physiologie, sowie auch eine ausführliche Beschreibung der Sectionstechnik und eine kurze Anleitung zur Untersuchung des betreffenden Organes, von welchem der Abschnitt handelt, vorausschickt.

Die verschiedenen krankhaften Veränderungen sind sowohl anatomisch als histologisch sehr ausführlich und vorzüglich geschildert, ebenso sind die Pathogenese und Aetiologie eingehend besprochen. Ueberall zeichnet sich der Text durch Klarheit in der Beschreibung und fesselnde, lebendige Sprache aus; besonders anregend auch für den Fachmann wirkt die Hervorhebung noch bestehender Probleme, wobei der Autor namentlich diejenigen Fragen eingehender bespricht, welche auch für den Praktiker von grossem Interesse sein müssen.

Ausgehend von der Ueberzeugung, dass das Interesse und die Freude an pathologisch-anatomischen Studien nur durch intensiven Anschauungsunterricht geweckt werden können, hat Letulle sein Werk mit einer grossen Anzahl von Abbildungen ausgestattet, welche sowohl die mikroskopischen als auch die makroskopischen Veränderungen in anschaulicher Weise erläutern. Die vom Verf. selbst gezeichneten Figuren sind mit grosser Sorgfalt ausgeführt und grösstentheils sehr instructiv; viele, namentlich von den farbigen Abbildungen sind geradezu musterhaft in der Feinheit der Ausführung, so dass sie dem Werke zu besonderer Zierde gereichen.

Möge das treffliche Werk Letulle's bald seiner Vollendung entgegengehen; dasselbe verdient nicht allein die volle Anerkennung der Fachmänner, sondern kann auch den Aerzten und Studirenden warm empfohlen werden.

Möge es dazu beitragen, namentlich bei unseren jungen französischen Collegen, von welchen nach den Worten des Verf. die hohe Bedeutung der pathologischen Anatomie für das medicinische Studium sehr verkannt zu werden scheint, das Interesse an dieser grundlegenden Wissenschaft zu erwecken und lebhaft zu fördern.

Hauser.

C. Menge und B. Krönig: Bacteriologie des weiblichen Genitalcanales. Leipzig, A. Georgi, 1897. 2 Bände. Preis 20 Mark.

Die auf diesem Gebiete bereits durch zahlreiche sorgfältige Arbeiten rühmlichst bekannten Autoren haben nunmehr in diesem grossen Werke die Resultate ihrer ausserordentlich zahlreichen, mühsamen, durch Jahre hindurch fortgesetzten Untersuchungen veröffentlicht. Da gerade auf diesem Gebiete die Untersuchungen so vieler Autoren zu oft so widersprechenden Resultaten geführt haben, muss ein derartiges, gross angelegtes und mit wahrhaft staunenswerthem Fleisse durchgeführtes Unternehmen mit Freuden begrüsst werden, das nicht nur eine sorgfältige Nachprüfung der von anderen Autoren erzielten Resultate enthält, sondern vor Allem mit viel Kritik geschrieben bei den eigenen Untersuchungen

möglichst alle Fehlerquellen auszuschalten sucht und so neben exacten Resultaten zugleich auch den Schlüssel für die vielen früheren, sich oft widersprechenden Resultate gibt.

Besonders möge hervorgehoben werden, dass es den Verfassern auf das Beste gelungen ist, die aus ihren überaus mühsamen und zeitraubenden Untersuchungen gewonnenen Resultate überall in Beziehung zu den praktischen Anforderungen zu bringen. Zahlreiche in vielen Capiteln eingeschaltete Kranken- und Geburtsgeschichten lassen überall erkennen, wie die Verfasser sich bemüht haben, überall die bacteriologische Forschung in Einklang zu bringen mit der klinischen Erfahrung, und dass es nicht angeht, die Resultate der ersteren über die der letzteren zu stellen, wird wiederholt von den Verfassern betont. Nur ein Zusammenwirken beider Factoren wird für die Praxis die besten Früchte zeitigen.

Es ist ja nun vollkommen ausgeschlossen in einem kurzen Referate, auch nur andeutungsweise auf den reichen Inhalt des grossen Werkes einzugehen und insbesondere kann auch auf die soeben erwähnten wichtigen Punkte leider nur kurz hingewiesen werden. Referent muss sich daher mit einer kurzen Inhaltsangabe nach diesen allgemeinen Bemerkungen begnügen unter dem Hinweise darauf, dass Jedem, der sich für diese Punkte interessirt, insbesondere Jedem, der operativ in Geburtshilfe und Gynäkologie thätig ist, das eingehende Studium des trotz des etwas trockenen Stoffes interessant und anregend geschriebenen Werkes dringend empfohlen werden muss.

Im ersten Theile behandelt Menge die Bacteriologie des Genitalcanales der nichtschwangeren und nichtpuerperalen Frau. Es werden zunächst die Bacterien der gesunden und kranken Vulva, Urethra und Glandula Bartholini besprochen. Vulvitis und Vaginitis der Erwachsenen sind gewöhnlich nicht als gonorrhoische zu bezeichnen. Interessant ist, dass der Scheidengrund der gesunden Frau meist steril gefunden wurde, während im unteren Theile der Scheide und im Scheideneingange die verschiedensten, zum grossen Theile anaëroben Mikroorganismen vorkommen. Nur in einem Falle wurde der Streptococcus pyogenes nachgewiesen. Die Vagina besitzt bactericide Eigenschaften: in dieselbe künstlich eingebrachte Bacterien werden in verhältnissmässig kurzer Zeit vernichtet (Selbstreinigung der Scheide). Die verschiedenen für diese Eigenschaft in Betracht kommenden Factoren werden eingehend erörtert. Der äussere Muttermund bildet die Grenze zwischen bacterienfreiem und bacterienhaltigem Abschnitt der Genitalien, daher verwirft Menge die abdominale Totalexstirpation bei Myom. Die chronische Endometritis ist nicht bacteriellen Ursprunges. — Eingehend wird Gonorrhoe und Tuberculose des Uterus und in den folgenden Capiteln der Tuben und Ovarien besprochen. Höchst interessant und praktisch von der grössten Bedeutung ist die Thatsache, dass der eitrige Inhalt von 122 exstirpirten Tubensäcken sich 75 mal steril erwies, in den übrigen Fällen fanden sich 28 mal Gonococcen, 9 mal Tuberkelbacillen, 4 mal Streptococcen, einmal Staphylococcen. Fast immer fanden sich die Bacterien in Reincultur. Ovarialabscesse waren meist durch Gonococcen bedingt.

Im Vorstehenden konnte ja nur auf den reichen Inhalt des ersten Theiles hingewiesen werden; fast noch grössere Bedeutung kommt dem zweiten von Krönig bearbeiteten Theile «Bacteriologie des Genitalcanales der schwangeren, kreissenden und puerperalen Frau» zu. Verfasser bespricht eingehend die bisher veröffentlichten Arbeiten. Trotz ausserordentlich zahlreichen Untersuchungen ist ihm der Nachweis pathogener Keime im Scheidensecret Schwangerer nicht gelungen. In die Scheide eingebrachte, dort für gewöhnlich nicht existirende Keime werden in kurzer Zeit vernichtet. Durch antiseptische, selbst oft wiederholte Ausspülungen lässt sich Keimfreiheit der Scheide nicht erzielen. Ein günstiger Einfluss der Scheidenspülungen auf den Verlauf des Wochenbettes lässt sich an dem grossen Materiale der Leipziger Klinik nicht feststellen. Durch zahlreiche Untersuchungen kommt Verfasser zu dem Schlusse, dass eine erhebliche functionelle Temperatursteigerung durch die vermehrte Muskelarbeit während des Kreissens nicht stattfinden kann; Fieber in der Geburt ist vielmehr durch eine Intoxication des Organismus mit Bacterienproteïnen bedingt, deren Bildungsstätte die Eihöhle ist. Die verschiedenen reingezüchteten Bacterienarten werden besprochen, die Prognose des Fiebers in der Geburt ist wesentlich von der Art dieser Keime abhängig. Im dritten Abschnitte des Werkes wird zunächst das anatomische Verhalten des Uterus und der Cervix in den ersten Tagen des Wochenbettes besprochen. Das Endometrium ist normaler Weise im Puerperium keimfrei. Sehr zahlreiche Untersuchungen sind vom Verfasser über den Keimgehalt der Uterushöhle fiebernder Wöchnerinnen angestellt, eingehend werden die Eingangspforten und die Verbreitungswege der infectiösen Keime besprochen, die klinischen Symptome genau geschildert. Intrauterinen Ausspülungen wird ein therapeutischer Werth abgesprochen. Hochinteressant sind die Beobachtungen über die Verbreitung gonorrhoischer Processe im Wochenbett.

Den letzten Theil der Arbeit bildet eine Besprechung der «Selbstinfection». Nach Ansicht des Verfassers ist eine autogene Infection mit endogenen Bacterien der Scheide nicht anzunehmen, da der Streptococcus pyogenes, der Staphylococcus pyogenes aureus und das Bacterium coli, die wesentlich für puerperale Erkrankungen in Betracht kommen, in der Scheide als Saprophyten nicht leben können. Eine autogene Infection mit den endogenen Bacterien der Haut ist möglich, ein sicherer Beweis dafür ist jedoch nicht erbracht.

Gessner-Berlin.

O. v. Franqué: Cervix und unteres Uterinsegment. Stuttgart, F. Enke, 1897. Preis 7 Mk.

Es war zu erwarten, dass auf die verschiedenen Angriffe, welche insbesondere auf dem letzten Gynäkologen-Congress in Wien, gegen die Lehre Karl Schröder's und seiner Schule gerichtet wurden, die Antwort nicht lange ausbleiben würde. Die sorgfältige, auf ein grosses Material sich stützende Arbeit des Verf. bestätigt in allen Punkten die Schröder'sche Lehre. Die umfangreiche Literatur ist in ausgiebiger, kritisch sichtender Weise verwerthet und vielfach geben Tabellen, die aus der gesammten Literatur zusammengestellt sind, über einzelne Punkte Aufschluss. Ueber das eigene reiche Material (34 Uteri) wird ausführlich berichtet. Ein grosser Werth wird hier mit Recht auf die genaue mikroskopische Untersuchung gelegt. Verf. stellt am Schlusse das Resultat seiner fleissigen Arbeit in folgenden Sätzen zusammen: Der Cervix bleibt in der Regel bis zum Ende der Gravidität im Wesentlichen als solcher erhalten, das Os internum geschlossen; während der Geburt zerfällt das Gebärorgan in einen dickwandigen, contrahirten, activen Theil, den Hohlmuskel und einen gedehnten, im Wesentlichen passiven Theil, den Durchtrittsschlauch; ersterer ist gebildet von dem oberen Theil des Corpus uteri, nicht von dem ganzen Corpus, letzterer von dem untersten Theil des Corpus, dem «unteren Uterinsegment» und dem Cervix.

Das untere Uterinsegment ist nach oben begrenzt durch die feste Anheftung des Peritoneum, am arbeitenden, lebenden Uterus durch die in gleicher Höhe liegende, ringförmige Verdickung der Musculatur, den Contractionsring; ausgekleidet ist es von Decidua, nach unten begrenzt durch den Beginn der — von ganz seltenen Ausnahmefällen abgesehen — nicht decidual veränderten, sondern nur hypertrophischen Cervixschleimhaut und der Cervixsubstanz, die ebenfalls eine Hypertrophie erfährt, jedoch lange nicht in dem Maasse wie das Corpus.

Gessner-Berlin.

Fukala: Heilung höchstgradiger Kurzsichtigkeit nebst Angabe einer leichtfasslichen Methode der schnellen Berechnung der Axenlänge, optischen Constanten des Auges und Bildgrösse. Leipzig und Wien 1896. Franz Deuticke.

Mooren: Die medicinische und operative Behandlung kurzsichtiger Störungen. Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann.

Von den zwei vorstehenden in kurzer Aufeinanderfolge erschienenen Schriften beschäftigt sich die erstere vorzugsweise mit der operativen Beseitigung der Kurzsichtigkeit, während Mooren die Behandlung der Kurzsichtigkeit überhaupt aus dem reichen Schatz seiner Erfahrung bespricht.

Fukala's Schrift zerfällt in zwei Theile, deren erster die operative Beseitigung der Kurzsichtigkeit mittelst Extraction der

Linse behandelt, während der zweite sich mit Dioptrik des Auges beschäftigt.

Im ersten Theil schildert uns nun F. in anspruchslosester Weise den Gedankengang, welcher ihn trotz der entgegenstehenden Bedenken der gewichtigsten Autoritäten, eines Donders, v. Graefe und Arlt auf die operative Entfernung der durchsichtigen Linse aus dem Auge bei höchstgradiger Myopie führte. Nachdem er zuerst die Beschwerden, die Hilflosigkeit und sogar die Erwerbsunfähigkeit solcher höchstgradiger Kurzsichtiger treffend schildert, weist er durch zahlreiche Beispiele nach, dass nach der Operation neben dem Vortheile guten Sehens in die Ferne auch für die Naharbeit Abstände gefunden werden, welche einen unerwartet günstigen Ersatz für die früher doch unverwendbare Accommodation bieten. Ferner stellt er die Indicationen für die Operation auf und schränkt die von Anderen gestellten Gegenanzeigen auf sehr herabgesetzte Sehschärfe ein, indem er nur operirt, wenn mindestens Jäger 2 gelesen werden kann. Complicationen mit Choroiditis sind ihm an und für sich kein Abhaltungsgrund. F. versäumt es jedoch, die Indicationen in Bezug auf das Alter und den Grad der Myopie, d. h. den geringsten Myopie-Grad, welcher noch operirt werden kann, anzugeben, überhaupt auf die von anderen Autoren, wie z. B. von v. Hippel in dieser Zeitschrift Jahrg. 1894, S. 157 genau präcisirte Fragestellung einzugehen. Der Vorgang der Operation besteht nun nach vom Verf. gewonnener längerer Erfahrung nicht mehr in vorausgeschickter einfacher Discission der Linse mittelst Staarnadel, sondern in förmlicher Zerstückelung derselben mittelst des schmalen v. Graefe'schen Messers. Wenige Tage darauf oder auch früher, wenn bei starker Quellung der Linsenmassen Druckerhöhung und cyclitische Reizerscheinungen auftreten, wird dann die lineare Extraction ohne Irisausschnitt vorgenommen. Die Erfolge der Operation weist Verf. nun eigenthümlicher Weise nicht an seinen eigenen zahlreichen Fällen, sondern an denen anderer und zwar fast ausschliesslich deutscher Operateure von bestem Klange nach, wodurch ihre Beweiskraft allerdings noch eine zwingendere wird. Diese Erfolge sind nun in der That überraschend und zwar nicht nur in Bezug auf Gewinnung eines deutlichen Sehens in die Ferne, sondern auch durch die Verbesserung des Sehvermögens überhaupt, indem sich dieses um das 2- bis 6fache, ja in einzelnen Fällen sogar um das 10fache besserte. Ueberraschend ist ferner die unverhältnissmässige Herabsetzung der Refraction nach Ausfall der Linsenwirkung, indem dieselbe nicht, wie man erwarten musste, um 10—11 Dioptrien, da ein extrahirter Emmetrope als Ersatz für die Linse zum Sehen in die Ferne eines Convexglases von dieser Stärke bedarf, sondern um 15—16 Dioptrien, ja in einem Falle sogar um 28 Dioptrien sich abgemindert zeigte. Den Grund sucht nun F. im 2. Theile seiner Arbeit unter Aufwendung grosser Mühe klarzulegen, während dies schon von anderer Seite in einfacherer Weise geschehen war. Jedenfalls ist aber durch Fukala's bahnbrechendes Vorgehen die höchst interessante Thatsache festgestellt worden, dass die höchstgradige Myopie nicht ausschliesslich durch Axenverlängerung, sondern zum nicht unbeträchtlichen Theile durch stärkere Brechung der Linse bedingt ist.

Nächst der Verbesserung des Sehens für die Ferne und Nähe, sowie der Herstellung des binoculären Sehens mit allen seinen Vortheilen nach doppelseitiger Operation, für die man sich jetzt allgemein, so insbesondere auch Mooren, ausspricht, scheint nun auch ein weiterer sehr wesentlicher Vortheil aus der operativen Entfernung der Linse bei hochgradiger Kurzsichtigkeit hervorzugehen, nämlich Stillstand der progressiven und dann meist deletären, zu Netzhautablösung führenden Form der Myopie und zwar in Folge Wegfalls der Accommodation und Ermöglichung einer geraden Kopf- und Körperhaltung bei grösserer Arbeitsdistanz.

Berücksichtigen wir endlich, dass die Zahl der bedauernswerthen Kurzsichtigen, welche durch Fukala's Vorgehen ihre Arbeitsfähigkeit wieder gewannen und deren Existenz in jeder Beziehung hiedurch ungemein gebessert wird, durchaus keine kleine ist, so werden wir gewiss Vossius beistimmen, wenn er den Werth der Operation dem der epochemachenden Entdeckung v. Graefe's — der Iridectomie als Heilmittel bei Glaukom — gleichstellt, und den Dank, den wir Fucula schulden, auch durch eine nachsichtige Beurtheilung kleiner Fehler, welche dem unter schwierigsten Verhältnissen und ausser Berührung mit einem akademischen Lehrkörper arbeitenden Verfasser bei seinen dioptrischen Ausführungen unterlaufen sind, bekunden.

Mooren hatte schon im Jahre 1858 die von Fukala verwirklichte Idee ausgesprochen, stand aber in Folge eines unglücklichen Falles von weiteren Versuchen ab, auch bestimmten ihn hiezu die dringenden Abmahnungen v. Graefe's und Donders'. Letzterem hat er desshalb noch tiefen Groll bewahrt und gibt demselben in seinem Buche in nicht gerade würdiger Weise Ausdruck. Anstatt die durchsichtige Linse bei hochgradiger Myopie zum Zwecke der Umwandlung der Kurzsichtigkeit in Weitsichtigkeit zu entfernen, richtete M. nun seine Hauptintention darauf, nur theilweise getrübte Linsen zur Staarreife zu bringen, wobei er schon die von Fukala geübte Methode der Zerstückelung mittelst des Schmalmessers anwandte. M. ist auch hiedurch bahnbrechend vorgegangen. Jetzt operirt er ebenso wie Fukala bei hochgradiger Myopie mit durchsichtiger Linse und präcisirt die Indicationen für die Operation noch genauer. Wenn er jedoch räth, unter Voraussetzung der Progression der Myopie, Kinder schon mit Myopie vom 5 Dioptr. zu operiren, so dürfte dies doch etwas zu weit gegangen sein.

In die operative Heilung bezw. Besserung der Kurzsichtigkeit begreift M. auch die Beseitigung der Muskelinsufficienzen ein, indem er beabsichtigt, den dadurch inducirten Accommodationskrampf zu verhindern. Derselbe ist überhaupt ein unbedingter Anhänger der Accommodationstheorie für Entstehung und Progression der Kurzsichtigkeit. Hieraus ergeben sich auch seine therapeutischen und hygienischen Rathschläge, welche zugleich auf Constitution und begleitende Körperzustände rücksichtigend, sicher grösste Beachtung verdienen. Unbedingt aber werden wir Mooren beistimmen, wenn er sich am Schlusse seiner Schrift an die Hausärzte wendet und unter lebhafter Schilderung der traurigen Ausgänge progressiver Kurzsichtigkeit denselben als den zuerst dazu berufenen eine energische und umsichtige Prophylaxe gegen Entstehung der Kurzsichtigkeit eindringlichst an's Herz legt.

Seggel.

Friedlaender: Beiträge zur Anwendung der physikalischen Heilmethoden. Wiesbaden 1896.

Verfasser gibt eine genaue Beschreibung des Augusta-Viktoria-Bades in Wiesbaden und seiner gesammten technischen und medicinischen Einrichtung. Eine Reihe guter Abbildungen und Pläne werden Jedem, der sich für die Einrichtung derartiger Institute interessirt, willkommen sein. Auch eine grosse Anzahl Zander'scher Apparate sind in dem Schriftchen abgebildet und nebst ihrer Anwendung beschrieben. R. v. Hösslin-Neuwittelsbach.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für Chirurgie. 1897, No. 19 u. 20.

No. 19. Kocher: **Resultate der Hernienradicaloperation.**

Gegenüber einer Mittheilung Coley's, der das Bassini'sche Verfahren als das beste darstellt, macht K. auf die Gefahren aufmerksam, die bei Nichthalten der Nähte, bei eintretender Eiterung dabei entstehen können und empfiehlt seine laterale Verlagerungsmethode, die bei 103 äusseren Leistenhernien 91,3 Proc. prima Heilungen (Heilung in ca. 10 Tagen) ergab, während in 8,7 Proc. sich die Heilung durch Secretion verzögerte (im Mittel 32,6 Tage dauerte). Bezüglich der Dauerresultate verwerthet Kocher 88 eigene, 23 von Beresowski gesammelte Fälle und findet bei diesen 111 Fällen 4, d. h. 3,6 Proc. Recidive, die Mortalität ist nach 126 Fällen = 0.

Die etwas bessern Resultate quoad Recidive bei Coley erklärt K. daraus, dass unter dessen Fällen die grosse Mehrzahl Kinder unter 15 Jahren waren. Für diejenigen, denen K.'s Verlagerungsverfahren nicht genügende Sicherheit gegen Trichterbildung des Peritoneum und Gefahr der Recidive zu bieten scheint, beschreibt K. eine Modification als Invaginationsverlagerung, bei der durch Schnitte, wie bei seinem sonstigen Verfahren, der Samenstrang am Austritt aus dem Leistenring freigelegt, der Bruchsack nach Spaltung des Cremaster und der Tunica vag. so hoch als möglich isolirt wird, ebenso die Fasc. obliq. lat. 1—2 cm lateralwärts von der Gegend des hintern Leistenringes (bloss etwas länger — 1½ cm) gespalten wird, dann trennt man mit der Knopfsonde auch die Fasern des Obliquus int. und Transversus, fasst die Fascia transv. und das Peritoneum mit Häkchen oder Zange und eröffnet letzteres mit kleinem Schnitt, führt die gebogene Zange durch diese Oeffnung in das Innere des Bruchsackes, dessen Spitze ein- und entgegengestülpt, gefasst und unter Zurückziehung der Zange sammt dem ganzen

Bruchsack zu der kleinen Wunde herausgezogen wird, so dass der Bruchsack in seiner ganzen Länge vollkommen invaginirt wird und aus der Wunde über dem Lig. Pouparti heraushängt und keine Andeutung einer trichterförmigen Ausstülpung des Bauchfells zurückbleiben kann. Der vorgezogene Bruchsack wird dann durchstochen sammt dem mit 2—4 Arterienzangen angezogenen Parietalperitoneum und nach beiden Seiten sammt diesem umschnürt, ein Paar Nähte (die Muskeln und Fasc. obl. ext. fassen) schliessen den Rest der kleinen Wunde. Die Methode ist immer noch ungleich einfacher, rascher ausführbar als die Bassini'sche, was besonders bei älteren Leuten ein nicht zu unterschätzender Gewinn.

No. 20. W. Zoege v. Manteuffel-Dorpat: **Gummihandschuhe in der chirurgischen Praxis.**

Z. M. empfiehlt warm das Benützen von ausgekochten Gummihandschuhen: 1. bei Operationen an Septischen: 2. bei Operationen an reinen Wunden, wenn sie nicht aufschiebbar sind und man durch irgend einen Umstand mit septischen Dingen in Berührung gekommen; 3. bei unaufschiebbaren Operationen in Zeiten, in denen die Hand des Arztes eine Verletzung trägt oder Furunkel etc.; 4. bei plötzlichen Unglücksfällen. Natürlich wird die Desinfection der Hände trotzdem ausgeführt. Z. M. empfiehlt die ausgekochten Gummihandschuhe als ein sehr zweckmässiges Inventarstück des Operationssaales, für Rettungsstationen etc. Der Landarzt, der sie bequem in sterilem Glasgefäss in steriles Handtuch geschlagen mitführen kann, werde sie, da die Desinfection der Hände in der Bauernhütte fast stets mangelhaft ausfällt, besonders zu schätzen wissen.

E. Juwara-Bukarest: **Ein Fall von Truncus tibio-fibularis. Exstirpation. Heilung.** Schr.

Centralblatt für Gynäkologie. No. 19.

1) W. A. Freund-Strassburg i. E.: **Besprechung von Hegar-Kaltenbach, „Operative Gynäkologie“**, 4. Auflage.

Eine ausgezeichnete Besprechung dieses hervorragenden Werkes, die Keiner ungelesen lassen sollte, der sich für den jetzigen Standpunkt der Gynäkologie interessirt.

2) Zweifel-Leipzig: **Ein neues Verfahren bei der Wund-Naht.**

Die neue Naht, von Z. als «Falznaht» bezeichnet, ist ohne Abbildung nicht verständlich, wesshalb auf das Original verwiesen werden muss. Sie wird am Peritoneum mit 2, an der äussern Haut mit 3 Katgutfäden ausgeführt und soll bedeutend rascher zu Ende geführt werden können, als die fortlaufende Naht. Die durchgreifenden Entspannungsnähte werden ausserdem in der üblichen Weise angelegt.

3) W. Rubeška-Prag: **Ueber den Dammschutz bei der Entwickelung des nachfolgenden Kopfes.**

Wenn der kindliche Kopf bis zum Mund geboren ist, legt R. 4 Finger einer Hand ausgestreckt, nach Art des Ritgen'schen Handgriffes, auf den Hinterdamm, während der Daumen derselben Hand in den Mund des Kindes auf den Alveolarfortsatz des Oberkiefers zu liegen kommt. Nun beherrscht diese Hand den nachfolgenden Kopf vollkommen und lässt ihn nur so weit austreten, als es die Elasticität des Dammes erlaubt, dann aber hält der Daumen kräftig zurück. Einfachheit und Leichtigkeit der Ausführung neben Entbehrlichkeit einer zweiten Person rühmt R. als Vorzüge seiner Methode.

4) R. Kossmann-Berlin: **Zur Reform der gynäkologischen Nomenclatur.**

Eine Apologie der von K. andernorts gemachten Vorschläge zur Reform der gynäkologischen Nomenclatur. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. I, II u. III.)

5) Oscar Beuttner-Genf: **Ueber gynäkologische Massage in Beckenhochlagerung.**

B. empfiehlt zur gynäkologischen Massage sehr warm die Beckenhochlagerung; sie ermüdet hierbei die Pat. und den Masseur viel weniger und gestattet auch bei fettreichen Bauchdecken ein tiefes Eindringen der Hände.

6) Oehlschläger-Danzig: Noch einmal: **Zur Wiederbelebung Neugeborener.**

O. hält bei den Laborde'schen rhytmischen Zungentractionen die Rhytmik für Nebensache, das Hervorziehen der Zunge für Hauptsache. Diesen Handgriff habe er schon 1893 zur Wiederbelebung Neugeborener empfohlen. Wichtig bleibt dabei gleichzeitiges Einblasen von Luft in die Lunge. Jaffé-Hamburg.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 10. Bd. 3. u. 4. Heft.

Nonne: **Ueber Degenerationsherde in der weissen Substanz des Rückenmarkes bei Leukaemie.** (Aus dem Neuen allgemeinen Krankenhause zu Hamburg.)

Bei 2 an Leukaemie zu Grunde gegangenen Kranken fanden sich im Rückenmark unregelmässig vertheilte, kleine Herde von acut myelitisch veränderter Nervensubstanz; in den Vordersträngen waren die Herde am zahlreichsten, die graue Substanz war verschont geblieben, nirgends konnte ein Zusammenhang mit den Gefässen, nirgends eine Infiltration mit Rundzellen nachgewiesen werden. In den Hintersträngen war nur in einem der Fälle eine geringe Sklerose zu erkennen.

Die hier beschriebenen Veränderungen haben augenscheinlich gar nichts typisches für die Leukaemie und scheinen den Degenerationen, wie sie bei perniciöser Anaemie so häufig im Rückenmark zu finden sind, sehr nahe zu kommen.

Biernacki-Warschau: **Myelopathia endoarteriitica acuta.** Zu einer kurzen Inhaltsangabe nicht geeignet.

Muratow-Moskau: **Klinische und pathologische Beiträge zur Lehre von der beiderseitigen cerebralen Lähmung im Kindesalter.**

Verfasser hatte Gelegenheit eine Reihe von Fällen mit Little'scher Krankheit (spastische Lähmung der Extremitäten nach Anomalien des Geburtsactes) zu beobachten.

Er konnte constatiren, dass ein Theil der Lähmungen, namentlich die der oberen Extremitäten in späteren Jahren wieder zurückgehen kann, während an den unteren Extremitäten sich mit der Zeit das Bild von Muskelatrophie entwickelt.

Zum Schlusse werden differentialdiagnostische Merkmale zwischen der Little'schen Krankheit und anderen mit diplegischer Lähmung einhergehenden Hirnkrankheiten gegeben.

Wertheim-Salomonson-Amsterdam: **Beitrag zum Studium des Zitterns.**

Die Eigenschaften eines Tremors werden durch die Art der Erkrankung (Basedow. Paralys. agit.) und durch den anatomischen und physiologischen Zustand der zitternden Theile bedingt.

«Allorhytmisch» nennt Verfasser einen Tremor mit veränderlicher Amplitude, diese kann in regelmässiger Weise zu- und abnehmen; der Autor weist auf die Aehnlichkeit mancher Tremorcurven mit solchen hin, wie wir sie bei der Lehre vom Schall kennen lernen.

L. R. Müller: **Ueber einen Fall von Tuberculose des oberen Lendenmarkes mit besonderer Berücksichtigung der secundären Degenerationen.** (Aus der med. Klinik des Professors A. v. Strümpell in Erlangen.)

Eine anfängliche Duratuberculose erregte durch Compression der Wurzeln heftige Schmerzen, die Zerstörung des Rückenmarkes selbst durch einen Solitärtuberkel ging ohne Schmerzen vor sich und führte bald zur Paraplegie.

Absteigend fand sich ausser der Degeneration der Py S und eines kleinen umschriebenen Bündels in den Vordersträngen der Ausfall des «dorsomedialen Sakralbündels».

Besonderes Interesse bot eine aufsteigende Degeneration in den Seitenstranggrundbündeln. Es ist dieser Befund eine Stütze für die schon länger aufgestellte Theorie, dass dort centripetalleitende, sensible Fasern liegen, welche aus den Ganglienzellen der gekreuzten Hinterhörner stammen und somit das zweite sensible Neuron darstellen.

Eine Degeneration in den Seitenstranggrundbündeln wurde bisher nur selten gefunden, es mag dies wohl darin seinen Grund haben, dass sich die graue Substanz den gewöhnlichen Querschnittslaesionen, vor Allem den Compressionen gegenüber verhältnissmässig widerstandsfähig erweist.

Hoffmann-Heidelberg: **Weiterer Beitrag zur Lehre von der hereditären, progressiven, spinalen Muskelatrophie im Kindesalter.**

Verfasser ergänzt das schon in früheren Arbeiten entworfene Bild von der im Titel genannten Krankheit durch Mittheilung weiterer Krankengeschichten und autoptischer Befunde. Nach Besprechung der Symptome der Muskelatrophien (fibrilläre Zuckungen, elektr. Verhalt. der Muskeln), warnt Hoffmann davor, auf einzelne Anzeichen bei der Differentialdiagnose zwischen den einzelnen Typen zu grosses Gewicht zu legen und räth, die Diagnose nur nach Berücksichtigung des Gesammtbildes zu stellen.

Kalischer: **Zur Casuistik der asthenischen (Bulbär-) Paralyse oder Myasthenia pseudoparalytica.**

Mit dem Allgemeinbekanntwerden des Erb-Goldflamm'schen Symptomencomplexes häufen sich die Mittheilungen über Myasthenie. Zweifellos ist diese Krankheit häufiger als anfänglich angenommen wurde. Der hier gegebene Krankenbericht bietet viel Interessantes, für das Bild der «Bulbärparalyse ohne pathologischen Befund» Charakteristisches. L. R. Müller-Erlangen.

Berliner klinische Wochenschrift. 1897. No. 20

1) D. Hansemann-Berlin: **Ueber Akromegalie.**

Bei der Section einer 46jährigen, an Diabetes gestorbenen Frau fand H. eine Verdickung der Finger, sowie eine solche der Haut über den beiden Händen, ferner Exostosen an verschiedenen Knochen; endlich war an Stelle der Hypophysis cerebri ein Tumor sarkomatösen Charakters. Verfasser nimmt zwischen der Veränderung der Hypophysis und der Akromegalie einen Zusammenhang an, in dem Sinn, dass letztere der Ausdruck einer «altruistischen Hyperplasie» sei, indem die Geschwulstbildung der Hypophysis eine Vermehrung des Knochengewebes und des Bindegewebes an gewissen Körperstellen erzeugt. Möglicherweise besteht auch ein Zusammenhang zwischen Akromegalie und Diabetes.

2) L. Kuttner-Berlin und Dyer-Portland: **Ueber Gastroptose.** (Fortsetzung folgt).

3) Herxheimer-Frankfurt a. M.: **Untersuchungen über die therapeutische Verwendung des Kalkbrodes.**

Verfasser hat mit dem sogenannten «Gichtiker-Brod» der Firma O. Rademann, das 5 Proc. Calcaria carbonica enthält, Versuche an sich selbst angestellt. Der Versuch dauerte 11 Tage, täglich wurden ca. 300 g 2—6proc. Kalkbrod verzehrt. Die Stoffwechsel-

berechnungen ergaben keine wesentliche Verschiebung der N-Ausscheidung, ein Sinken der Harnacidität in Folge Verminderung des Mononatriumphosphats, eine Steigerung der harnsäurelösenden Kraft des Harnes auf das dreifache. Wichtig ist, dass beim Gebrauch des Kalkbrodes das Alkalischwerden des Harnes nur höchst selten eintritt. H. empfiehlt dasselbe auch für chronische Enteritis.

4) A. Sack-Heidelberg: **Ueber die Multiplicität des syphilitischen Primäraffectes.**

S. bestreitet die Angabe von Eichhorst, dass das Ulcus durum «fast immer» einfach auftrete, mit dem Hinweis auf frühere Statistiken, welche das Verhältniss multipler zu solitären Primäraffecten auf ca. 7:2 bestimmen. Im Anschluss hieran wird ein Fall beschrieben, wo 15 typische Sklerosen am Penis und Scrotum auftraten. Erklärt wird letzteres dadurch, dass in Folge einer gleichzeitig vorhandenen Scabies eine Reihe von Erosionen bestanden, durch welche das Gift nach und nach Eingang fand.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift 1897, No. 21.

1) F. Kleine: **Der Einfluss des Morphiums auf die Salzsäuresecretion des Magens.** (Aus dem pharmakologischen Institut der Universität Halle.)

Es ist eine vielfach verbreitete Annahme, dass das Morphium auf Secretionen einen hemmenden Einfluss ausübt. Auch die Salzsäuresecretion des Magens wird durch dasselbe herabgesetzt. Hitzig glaubt, dass es sich hiebei weniger um eine unmittelbare Wirkung des Alkaloids handle, sondern eine Summationswirkung zu Stande komme. Dem entgegen beweist K. durch seine Versuche, dass das Morphium einerseits ganz ausserordentlich die Magenverdauung verzögert und dass bei fortgesetzter Zufuhr durch motorische Lähmung der Magennerven die Salzsäureausscheidung herabgesetzt wird, um mit Sistiren des Mittels ganz gradatim wieder aufzutreten. Dadurch wird auch die Hypothese, welche die Abstinenzerscheinungen bei Morphinisten von dem Wiederauftreten der Magensalzsäure und relativer Hyperacidität abhängig macht, unwahrscheinlich. Jedenfalls empfiehlt es sich nicht, wie von Hitzig angegeben wurde, mittels Morphium eine künstliche Anacidität des Magens bei gewissen Krankheiten, z. B. dem Ulcus rotundum, zu Heilzwecken herbeizuführen.

2) J. Bang: **Ueber die Kohlehydratgruppe in dem Leukonucleïn.** (Aus dem chemischen Laboratorium der I. medicinischen Klinik in Berlin.)

Nachdem es Blumenthal gelungen war, aus den Nucleïnen von Pankreas, Thymus, Leber, Milz, Muskel, Thyreoidea und Hirnsubstanz, aus den Zellkernen eine Kohlehydratgruppe abzuspalten, hat B. auch aus dem Nucleïn der Leukocyten (aus einem eitrigen, tuberculösen Pleuraexsudat stammend) eine Pentose (Pentosazon) darstellen können. Damit scheint ein neuer Beweis dafür geliefert zu sein, dass die Zuckerabspaltung als eine allgemeine Eigenschaft des Zellkerns und der verschiedenen Nucleïnsäuren zu betrachten ist.

3) C. Benda-Berlin: **Ueber das primäre Carcinom der Pleura.**

Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin in Berlin am 22. Februar 1897.

Referat, siehe diese Wochenschrift No. 9, pag. 240.

4) A. Hoffa-Würzburg: **Die Endresultate meiner letzten blutigen Operationen der angeborenen Hüftgelenksluxation.**

Schluss aus No. 20. Referat, siehe diese Wochenschrift 1896, No. 40, pag. 966 und No. 41, pag. 995.

5) F. Karewski-Berlin: **Ueber Perityphlitis bei Kindern.**

Schluss aus No. 19. Referat, siehe diese Wochenschrift 1897. No. 2, pag. 49 und No. 6, pag. 148.

F. L.

Wiener klinische Wochenschrift 1897. Nr. 19.

1) K. Landsteiner-Wien: **Ueber die Folgen der Einverleibung sterilisirter Bacterienculturen.**

L. berichtet ausführlich über die von ihm im Wiener hygienischen Institut angestellten Thierversuche über jene Arten des Impfschutzes, die der üblichen Art der Vibrionenimmunisirung ähnlich sind. Er suchte die Frage zu beantworten, ob sogenannte «agglutinirende» Sera für alle oder nur für eine beschränkte Anzahl von Mikrobien herstellbar seien, da jene Reaction bisher in exquisiter Weise nur bei beweglichen Formen, Vibrionen oder Stäbchen beobachtet wurde. Ein negatives Resultat ergab sich bezüglich des Staphylococcus pyogenes aureus und des Diphtheriebacillus, ein positives bei einer dritten unbeweglichen Art, einem Bacill. pneumoniae, sowie einem Bacterium typhi murium.

2) H. Schlesinger-Wien: **Zur Kenntniss der Akromegalie und der akromegalieähnlichen Zustände (partielle Makrosomie).**

Die Röntgen-Durchleuchtung der Hand eines Akromegalie-Kranken zeigt eine grössere Entfernung der Gelenkenden in einigen Metacarpophalangealgelenken, also vielleicht eine Zunahme des Knorpels; ferner Osteophytwucherungen, am reichlichsten und deutlichsten an den Diaphysen der Phalangen. Dann bespricht Verfasser eingehend die Unterschiede zwischen Akromegalie und Syringomyelie, welch' letztere durch Veränderungen im Rückenmark eingeleitet wird. Mit solchen hat Akromegalie nichts zu thun. Es folgt noch der Befund eines Falles mit gleichförmiger Vergrösserung einer Hand, doppelseitiger Kehlkopflähmung (Glottiserweiterer), halbseitiger Steigerung der Sehnenreflexe. Verfasser benennt diesen neuen Complex von Symptomen: partielle Makrosomie mit bulbären Symptomen.

3) J. Pal-Wien: **Primäre, submucöse, circumscripte Colitis.**

Im ersten Theile der Arbeit bringt P. eine Zusammenstellung der spärlichen über obige Affection vorhandenen Casuistik, darunter 8 Fälle eigener Beobachtung. Die Colitis ist nicht als eine locale Peritonitis, sondern sie ist als submucöses Infiltrat aufzufassen, das in seinem weiteren Verlauf entweder einschmilzt, zum Abscess wird und durchbricht, oder aber aufgesaugt wird. Letzteres ist der häufigste Ausgang. Symptomatologie und Differentialdiagnose (gegenüber Perityphlitis, Gallenblasenerkrankungen, paranephritischen Abscessen) werden eingehend dargelegt. Die Therapie ist symptomatisch: Anfangs beschränkte Diät, Eisbeutel, Wasserirrigationen, eventuell Opium; später Breiumschläge, Jod- und Hg-Salben.

Dr. Grassmann-München.

Französische Literatur.

Mirinescu, chef de clinique infantile de l'Université de Bucarest: **La temperature chez les enfants.** (Revue mensuelle des Maladies de l'Enfance, April 1897.)

Die Wichtigkeit exacter Temperaturmessungen hervorhebend, kommt M. auf Grund zahlreicher Untersuchungen an Kindern, welche übrigens im Gegensatz zu den bei uns gebräuchlichen Rectalmessungen in der Achselhöhle vorgenommen wurden, zu dem Schlusse, dass Temperaturerhöhungen, die scheinbar noch in physiologischen Grenzen schwanken (bis auf 37,5°), oft nur das Zeichen febriler Anfälle sind. Die normale, in der Achselhöhle gemessene Körpertemperatur liegt meist unter 37° und unterliegt leichten Schwankungen, welche aber bei den meisten Individuen 3—4 Zehntel Grade nicht übersteigen; eine genaue Fieberschätzung ist bei einem Kranken nur dann möglich, wenn wir die normale Temperatur desselben kennen, und so können wir Jemanden bei 37,3° als fieberlos bezeichnen, während diese Zahl vielleicht in Wirklichkeit eine geringe Fieberhöhe bedeutet.

Lop, ancien chef de clinique de l'École de médecine de Marseille: **La variole et la vaccine à Marseille.** (Revue de Médecine, No. 4, 1897.)

In dieser auch für den Epidemiologen sehr lehrreichen Arbeit beschreibt L. genau den Beginn und die Weiterverbreitung der Blatternepidemie, welche vom Januar 1895 bis April 1896 die Hafenstadt Marseille heimsuchte. Der Vorwurf, dass die Einschleppung durch italienische Arbeiter erfolgte, deren M. über 75000 zählt und welche grösstentheils nicht revaccinirt sind, wird hier neuerdings erhoben. Die Seuche hat hauptsächlich die dicht beisammen wohnende Arbeiterbevölkerung, unter der ebenso in Südfrankreich wie in Italien Schmutz und denkbar schlechte hygienische Verhältnisse herrschen, befallen, ohne dass jedoch die besseren Stände ganz verschont geblieben wären. Auch die letzteren zeigten wenig Verständniss für die Segnungen der Schutzimpfung, welche von den Behörden nach Ausbruch der Epidemie unentgeltlich für die gesammte Einwohnerschaft, wenn auch nur facultativ angeordnet wurde; nur 10 Proc. derselben folgten dieser sanitätspolizeilichen Mahnung. Die verschiedenen klinischen Formen und der Verlauf der Krankheit werden ferners von L. genau beschrieben; bis zum 20. Lebensjahre zeigt die Zahl der Kranken eine ständige Zunahme, um dann rasch abzufallen; die nur annähernd festzustellende Morbiditätszahl betrug circa 6 auf 1000 Einwohner, also ca. 2400; gar manche Fälle kamen aber nicht zur Anzeige und wurden nicht ärztlich behandelt. Die Garnison, in der Stärke von 4—5000 Mann, hatte nur 3 Blatternfälle während der ganzen Zeit — für die Armee ist in Frankreich die Revaccination obligatorisch. Die Thatsache, auf welche Landouzy zuerst hingewiesen, dass frühere Blatternkranke eine erhöhte Disposition zu Tuberculose zeigen, fand L. auch hier wieder bestätigt. Angesichts der beredten Sprache, welche diese Epidemie wieder spricht, und in Würdigung der günstigen Erfahrungen, welche vor Allem in den deutschen Ländern mit dem Impfgesetze gemacht worden seien, schliesst L. mit der von seinen Fachcollegen so oft schon erhobenen Aufforderung an die französischen Kammern, Impfung und Wiederimpfung endlich einmal für ganz Frankreich obligatorisch zu machen.

A. Josias, médecin de l'hôpital Trousseau und Ch. Roux, interne des hôpitaux: **Contribution à l'étude de la Pseudo-Méningocèle traumatique.** (Ibidem.)

Auf Grund einer eigenen Beobachtung und 31 weiteren aus der Literatur gesammelten und grossentheils hier wiedergegebenen Fällen wird diese Affection bezüglich Diagnose und Prognose genau beschrieben. Der günstigste Ausgang der traumatischen, in den ersten 2 Lebensjahren entstehenden Meningocele ist Spontanresorption, welche in einem der Fälle erfolgte. Bezüglich der Therapie hat das beste Resultat noch die von König empfohlene und von Slajmer ausgeführte Knochentransplantation zur Deckung des Defects gegeben.

Devic, agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon und P. Courmont, interne des hôp.: **Un cas de Gliome cérébral.** (Ibidem.)

Bei der Seltenheit der Heilung einer bösartigen Gehirngeschwulst ist der gegenwärtige Fall, welcher mit Stauungspapille, linksseitiger Hemiplegie und psychischen Störungen einherging und bei welchem durch Trepanation und Ablösung der Neubildung völliges Verschwinden der Symptome eintrat, bemerkenswerth. An die ausführliche Krankengeschichte dieses Falles schliesst sich noch eingehende Besprechung der übrigen aus der Literatur bekannten Fälle und der erfolgreichsten Therapie, der Trepanation, an.

M. Labbé, interne des hôp.: **Rougeole et coqueluche.** (Revue mensuelle des Maladies de l'Enfance, Mai 1897.)

L. hatte 16mal Gelegenheit, gleichzeitiges Vorkommen von Masern und Keuchhusten zu beobachten (davon 10mal unter 245 masernkranken Kindern im Isolirpavillon des Prof. Hutinel), fand aber die Ansicht anderer Autoren, welche in dieser Coincidenz eine Verschlimmerung der Prognose besonders wegen der Gefahr secundärer Lungenaffectionen sehen, nicht bestätigt. Nur bei einem der 16 Kinder trat der Tod ein, bei den anderen erfolgte Heilung; dies Resultat will L. vor Allem den günstigen hygienischen Zuständen zuschreiben, auf welche Hutinel in den betreffenden Stationen bedacht sei.

Smester: **Temperature du lait de femme.** (Ibidem.)

Mittelst eines sinnreich construirten Apparates untersuchte S. bei stillenden Frauen die Temperatur der Milch und fand, dass sie nie höher als 37° sei. Der Wärmegrad der künstlichen Nahrung, welche die Säuglinge erhalten, sollte dahier 37° nie übersteigen, darf vielmehr bis auf 25°, jedoch nicht tiefer, herunter gehen. Stern.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Rostock**. 1. April bis 15. Mai 1897.

9. Albrecht Ernst: Ueber die Latenzzeit der Pupillenerweiterung bei Reizung des Halssympathikus.
10. Burmeister Philipp: Die Bewegung der Masern in Rostock während der Jahre 1878 bis 1895 nebst Untersuchungen über die Grösse der Durchseuchung seiner Bevölkerung.
11. Leopold Albert: Missbildungen und Stellungsanomalien des Zäpfchens.

Vereins- und Congressberichte.

Verein für innere Medicin in Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 17. Mai 1897.

Herr Basch berichtet über einen 13jährigen Knaben, der 5 Jahre lang krank war und hauptsächlich an Ascites, Oedemen und Durchfällen litt. Der Ascites war chylös. Die Section ergab tuberculöse Darmgeschwüre und tuberculöse Lymphadenitis im Abdominalgebiet; das Peritoneum war frei.

Herr Ruhemann stellt folgenden Patienten vor: Vor circa 2 Monaten heftige Schmerzen in der Magengegend, unmittelbar anschliessend entwickelt sich eine Halbseitenlaesion. Lähmung des linken Beines, Gefühlsstörung für alle Qualitäten in dem rechten Beine. Langsame Besserung der Lähmung. Patellarreflex Anfangs geschwunden, später wiedergekehrt. Zweifellose Rückenmarksaffection, die wegen der Plötzlichkeit des Beginnes auf eine Blutung zurückgeführt und mit einer vor 7 Jahren überstandenen Luës in Zusammenhang gebracht wird, wofür auch der Erfolg der antiluëtischen Therapie spricht.

Herr v. Leyden und Herr Bernhard schliessen sich dieser Auffassung im Ganzen an, halten jedoch eine Endarteritis obliterans statt der Blutung für ebenfalls möglich.

Herr Gumpertz stellt einen Kranken vor, dessen Krankheit sich im Anschlusse an eine militärische Arreststrafe entwickelte, bei der er angeblich trotz grosser Hitze nicht genügend zu trinken bekam. Bald nach Entlassung traten Gehstörungen und Abnahme des Sehvermögens, später auch anfallsweises Erbrechen auf. Es bestand vor 14 Tagen: Ataxie, Fehlen der Patellarreflexe, temporale Papillenabblassung, Sensibilitätsstörungen in den unteren Extremitäten und Harnverhaltung. Urin stark eiweisshaltig; in den letzten Tagen Harnbeschwerden geschwunden, aber Oedeme aufgetreten. Vortragender stellt die Diagnose auf gleichzeitiges Bestehen von Polyneuritis alcoholica und Nephritis.

Herr **Posner: Demonstration einiger Hilfsmittel für die klinische Harnuntersuchung.**

Vortr. hält es für nöthig, die Eitermenge im Urin nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ zu bestimmen. Zu diesem Zwecke nimmt er die Zählung der Eiterkörperchen im Thoma-Zeiss'schen Apparat vor, die sich vor Allem in der Differenzirung der Albuminuria vera von der spuria bewährt; es lässt sich nämlich die Grenze festlegen, innerhalb welcher der Eiweissgehalt des Urins der Menge der weissen Blutkörperchen entspricht. Diese umständliche und zeitraubende Methode suchte Vortr. dann durch eine zweite, die Transparenzbestimmung, zu ersetzen. Der Urin wird in Bechergläsern bis zu der Höhe aufgefüllt, in welcher Druckschrift unlesbar wird und durch vorherige Zählung der Leukocyten die Scala empirisch festgestellt. Die Zahl der Bacterien auf diese Weise zu bestimmen, ist bis jetzt nicht geglückt.

Herr **Litten: Ueber Endocarditis traumatica.**

Das moderne Bestreben, alle möglichen Erkrankungen innerer Organe mit Trauma in Zusammenhang zu bringen, war bis jetzt bei der Endocarditis nicht leicht von Erfolg begleitet gewesen. Der Zusammenhang zwischen Trauma und Endocarditis kann ein zweifacher sein, entweder ein directer — das Trauma trifft das Herz selbst, oder ein indirecter — es entsteht an der Körperperipherie eine inficirte Wunde mit consecutiver Sepsis und Localisation der letzteren auch am Endocard. Letztere scheidet Vortragender als nicht hieher gehörig aus.

Vortr. erwähnt die vorliegenden experimentellen Studien, insbesondere die von Rosenbach, welcher bei Thieren durch die Carotis einen Katheter ins Herz einführt und die Aortenklappen verletzte, woran sich dann stets eine Endocarditis schloss; wenn gleichzeitig virulente Bacterien in's Blut gebracht worden waren, so setzten sich dieselben auf den verletzten Klappen unter Erzeugung einer Endocarditis fest. Auf Grund eines reichen Beobachtungsmaterials spricht Vortr. die Ansicht aus, dass auch beim Menschen eine einfache, traumatische Endocarditis vorkomme.

Als Beispiel berichtet er folgenden Fall:

Ein junger Mann, der sehr gerne Soldat war, wurde während seines einjährigen Dienstes, den er ohne jegliche Beschwerden, also mit gesundem Herzen ausführte, eines Tages vom Pferde mit der Brust gegen die Krippe gedrückt und gleich darauf mit dem Hufe so gegen die linke Brust geschlagen, dass er ohnmächtig zusammenfiel. Im Lazareth wurde kurz darauf eine floride Endocarditis festgestellt und nach mehreren Wochen der Kranke vorläufig vom Dienste befreit. Nach 3/4 Jahren consultirt er, in der Hoffnung, wieder diensttauglich befunden zu werden, den Vortragenden; L. constatirt Verbreiterung des Herzens nach rechts und links, systolisches Geräusch über der Mitralis und den Aortenklappen und stellt die Diagnose auf Mitralinsufficienz und noch nicht abgelaufene Endocarditis aortica. Die Militärbehörde erklärte den Kranken gleichzeitig für dauernd untauglich.

Diesen Fall fasst L. als zweifellose traumatische Endocarditis auf; der Hufschlag führte zur Zerreissung der Klappen oder Loslösung des Endocards und auf der Rissstelle kam es zunächst zu Thromben, deren Organisation dann das Vitium herbeiführte.

H. Kohn.

Verein Freiburger Aerzte.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 29. Januar 1897.

Herr **Baas** stellt vor der Tagesordnung einen Knaben mit Tuberculose der Conjunctivae vor.

Herr **Berns: Ueber einige Formen von Nervenleiden und ihre Behandlung.**

Empfehlung der Weir-Mitchel'schen Masteur bei Neurasthenie, Betonung der psychischen Seite dieser Behandlung, sowie die Prophylaxe der Neurasthenie.

Herr **Klein: Tracheotomie und Intubation bei diphtherischer Stenose der Luftwege.**

Nach einem kurzen historischen Ueberblick über die Entstehung und Entwicklung der Intubation demonstrirt der Vortragende das Instrumentarium, wie es von O'Dwyer eingeführt und verbessert wurde, und am Phantom die Technik der Intubation und Extubation; dem klinischen Theile liegen die eigenen, während 6 Monate gemachten Beobachtungen am Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause zu Berlin (unter Leitung des Herrn Prof. Dr. A. Baginsky), sowie das ganze Material des Hospitales zu Grunde. Daraus geht unter Anderem hervor, dass die Zahl der Intubationen in allen Lebensaltern zur Zeit der Serumtherapie wesentlich zugenommen hat, und der Erfolg ein sehr günstiger ist. Die Indication zur Intubation resp. Tracheotomie wird genau angegeben, eingehender werden die Vortheile und Nachtheile der Intubation erörtert. Die Frage, ob die Intubation auch in der Privatpraxis anzuwenden sei, wird bejaht.

Discussion. Herr v. Chamisso hat mit Genehmigung von Hofrath Kraske und Unterstützung von Prof. Killian die Intubation in der chirurgischen Klinik geübt. Die grossen technischen Schwierigkeiten sowie ungünstige Erfahrungen haben ihn aber nach 3 Fällen wieder davon abgebracht. Er hebt insbesondere hervor die Weichheit des kindlichen Kehlkopfs, die Schwellung der Rachenorgane bei Diphtherie, die Gefahr der Verstopfung des Tubus, die grossen Anforderungen an das Pflegepersonal, die Nothwendigkeit, dass ständig ein des Verfahrens kundiger Arzt in der Nähe sei, wenn der Tubus herausfällt oder von dem Kinde entfernt wird, die grosse Angst des Kindes vor der Tubage, sobald dieselbe wiederholt werden muss, die Schwierigkeit der Ernährung. In allen

3 Fällen sind ulceröse Processe entstanden, welche nachträglich zur Tracheotomie zwangen.

Herr Prof. Killian warnt dringend davor, die Intubation in der Privatpraxis auszuführen.

Sitzung vom 4. März 1897.

Herr **Schottelius: Demonstration neuer meteorologischer Instrumente.**

Es wurden vom Vortragenden die neueren Apparate zur Bestimmung der Grundwasserschwankungen, der Bodentemperatur und ein selbstregistrirender Regenmesser vorgezeigt und die Bedeutung dieser Instrumente für die Klimatologie erörtert.

Derselbe: **Demonstration der Einrichtungen des hygienischen Instituts.**

Die Beschreibung des Instituts und seiner Einrichtungen ist von dem Vortragenden bereits in der «Denkschrift zur Einweihung des hygienischen Instituts» (Freiburg und Leipzig 1897), welche am 9. Januar ds. Js. erfolgte, ausführlich gegeben. Hier seien nur zwei Gesichtspunkte hervorgehoben, die für die Einrichtungen maassgebend waren. Erstens, «dass rücksichtlich der künstlichen Beleuchtung, der Heizung und der Ventilation thunlichst verschiedene der praktisch eingeführten Systeme zur Anwendung gebracht sind, so dass jeder Raum mit seinen Einrichtungen für sich ein Demonstrationsobject bildet und den Studirenden die den verschiedenen Bedürfnissen angepassten, hygienisch brauchbaren Systeme zur Anschauung bringt». Zweitens sei erwähnt, dass zur Bearbeitung von Fragen, welche die Verhütung der Verbreitung von Thierseuchen betreffen, ein mit besonderer Sorgfalt erbauter und eingerichteter Thierstall mit dem Institut verbunden wurde.

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 20. April 1897.

Vorsitzender: Herr Lenhartz. Schriftführer: Herr E. Delbanco.

1. Herr **Unna** demonstrirt im Anschluss an die Vorstellung von einem temporär geheilten Leprösen (in der Plenarsitzung des Vereins) mikroskopische Präparate von Hautstückchen, die dem Patienten entnommen sind.

Ein Stück von dem flächenhaften Cutisleprom der Backe zeigt das typische Bild der vollständigen Durchsetzung aller Lymphbahnen der Cutis mit Lepraorganismen vom subepithelialen Streifen an bis zum Hypoderm. Das zweite Stück zeigt eine Hauteffloreszenz auf der Höhe der medicamentösen (Pyrogallol) Einwirkung. Während direct unter dem subepithelialen Streifen noch eine Reihe von grossen Bacillenklumpen die daselbst befindlichen Lymphspalten erfüllen, beherbergen die stark erweiterten Lymphspalten der Cutis und des Hypoderms nur wenige Bacillen, theils einzeln, theils in kleinen Häufchen, welche den Wänden dieser Lymphlücken angelagert sind.

Diese Form der Abheilung lepröser Knoten hat Herr Unna bisher in den meisten Fällen gefunden, ob nun die Beeinflussung der Lepraknoten durch äussere, chemisch einwirkende Mittel, durch Brennen oder durch innere Behandlung erfolgte. Wir sind bei der Lepra in der glücklichen Lage, allein schon durch die quantitative bedeutende Abnahme der Bacillen ein Urtheil über den Heilungsprocess des Leproms zu gewinnen, während wir in Bezug auf die Abheilung beispielsweise eines Syphilids bisher noch ganz auf die feineren Veränderungen des Zelleninfiltrates angewiesen sind. Herr Unna hebt schliesslich noch hervor, dass diese Art der Abheilung eine willkommene Bestätigung der Theorie von der extracellulären Lagerung der Lepraorganismen abgibt, nach dem Angeführten erscheint es undenkbar, dass eine derartige rapide Abnahme der Leprabacillen eintritt, ohne dass die Zellen Zeichen der Zerstörung und der Auflösung böten, wenn sie wirklich in solchen gelegen hätten. Die gewöhnliche Art der Abheilung ist lediglich als eine Ausschwemmung der Bacillenmassen aus dem Lymphbahnsystem anzusehen, wobei die Bacillen grösstentheils zu Grunde gehen und die Haut mit allen Zellen und Kernen in einem schwammartig porösen Zustand zurückbleibt.

Discussion: Herr Simmonds fragt, ob Herr Unna die Ausheilung des leprösen Processes aus dem veränderten histologischen Bilde schliesse oder aus der wesentlich verminderten Zahl der Bacterien? Verschwinden letztere aus dem leprösen Herde oder verändern sie sich beim Heilungsprocess derart, dass sie Farbstoffe nicht mehr annehmen?

Herr Unna antwortet, dass ihm die zwei Punkte von besonderer Wichtigkeit seien: Kolossale, quantitativ und leicht in jedem Schnitt zu constatirende Abnahme der Bacillen für die Sicherstellung der Abheilung einerseits, die relative Intactheit des zurückbleibenden Gewebes mit enorm erweiterten Saftspalten für die Theorie der extracellulären Lagerung andererseits. Eine Degeneration der einzelnen Bacillen habe er an den Fällen nur ausnahmsweise beobachtet. Dagegen käme eine solche Degeneration der Bacillen en masse vor, wo durch Maassnahmen allgemeiner Art (Tuberculininjectionen) es zu ausgedehnter Nekrose des leprösen Gewebes kommt. Die eigenthümliche Färbbarkeit der Bacillen erhält sich auffallend gut auch bei der Abheilung, so lange sie im Gewebe sichtbar sind.

2. Herr **Reitz** demonstrirt das anatomische Präparat einer Blutung in den Boden des IV. Ventrikels.

Der betreffende Patient hatte das Endstadium einer Bleiniere im Alten allgem. Krankenhause verbracht. 8 Tage vor dem Tode waren eine linksseitige Facialislähmung und beiderseitige, fast vollständige Ophthalmoplegie — die Bulbi waren nur verticalwärts in geringem Maasse beweglich — eingetreten. Die Lähmungserscheinungen gingen, soweit sie die vom Oculomotorius innervirten Muskeln betrafen, nach 3 Tagen zurück, es blieb eine doppelseitige Abducens- und eine linksseitige Facialislähmung. Es wurde die Diagnose auf einen Herd am Boden des IV. Ventrikels gestellt, so localisirt, dass der linke Facialiskern und beide Abducenskerne zerstört waren; die Autopsie bestätigte die Annahme.

Discussion: Herr Lenhartz und Herr Simmonds heben die Seltenheit eines so reinen Falles von Ophthalmoplegia externa hervor. Ersterer fügt noch hinzu, dass Blutungen am Boden des IV. Ventrikels meistens zu einer doppelseitigen gepaarten Parese von Externus und Internus führen, wie es Wernicke als Erster bei Säufern beschrieben habe. (Schluss folgt.)

Naturhistorisch-medicinischer Verein Heidelberg.

Medicinische Section.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 4. Mai 1897.

Herr Dr. **Vulpius** (vor der Tagesordnung) berichtet über die **Heilung des Klumpfusses durch das modellirende Redressement.**

Dasselbe gestattet bei dem schwersten Klumpfuss Erwachsener Correctur in einer Sitzung unter alleiniger Zuhilfenahme der Achillotenotomie. Der Gipsverband bleibt 4—6 Monate liegen und wird dann durch einen ganz einfachen Schuh ersetzt. Die Nachbehandlung besteht hauptsächlich in Kräftigung der Abductions- resp. Pronationsmusculatur. Der Vortragende demonstrirt den Erfolg des Verfahrens an einem 26jährigen Mann und an einer Anzahl von Abgüssen und Photographien erwachsener Individuen.

Discussion: Herr Prof. Jordan hatte während eines mehrwöchigen Aufenthaltes in Wien im October 1896 Gelegenheit, die Lorenz'sche Methode des modellirenden Redressements beim Autor selbst kennen zu lernen und sich von den vorzüglichen Erfolgen des Verfahrens zu überzeugen. Seitdem hat er die Methode in einer Reihe von Fällen aus der chirurgischen Ambulanz, resp. Klinik versucht und war jedesmal überrascht zu constatiren, wie die Füsse der manuellen Kraft oder auch der Lorenz'schen Schraube nachgaben und in einer Sitzung sich in Valgusstellung ohne Schwierigkeit formiren liessen. Im Hinblick auf den bei dem Patienten des Vortragenden eingetretenen Decubitus auf der Planta pedis betont J., dass die Nachbehandlung der redressirten Füsse von grosser Wichtigkeit sei, dass man der Gefahr des Decubitus durch dicke Wattepolsterung und exacte Anlegung des Verbandes vorbeugen müsse und könne. Vor Kurzem hatte J. Gelegenheit, auch bei einem hochgradigen fixirten Plattfuss das Lorenz'sche Redressement mit bestem Erfolg vorzunehmen.

Herr Prof. **Jordan: Ueber die Tuberculose der Lymphgefässe.**

Vortragender referirt ausführlich über 4 im letzten Jahre von ihm gemachte Beobachtungen tuberculöser Erkrankungen der Lymphgefässe der Extremitäten. In 3 Fällen war die obere, in 1 Fall die untere Extremität Sitz der Affection. Im Anschluss an ein lupöses Geschwür der Hand entwickelten sich bei 2 Patienten Knoten- und Abscessbildungen im Verlauf der Lymphgefässe, deren rein tuberculöse Natur bacteriologisch und mikroskopisch festgestellt wurde. Bei einem weiteren Kranken kam es neben den lymphangit. Knötchenbildungen zum Auftreten von lupösen Efflorescenzen am Vorderarm, die als von den Lymphgefässen aus entstanden angesehen werden mussten. Der vierte Patient endlich, welcher vorgestellt wurde, bot eine Combination von subcutanem

Abscess, lymphangit. Knötchen und multiplen lupösen Geschwüren im Verlauf der Vena saphen. bei primärem Lupus des Fussrückens. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Eine ausführliche Arbeit über das Vortragsthema wird in den «Beiträgen zur klinischen Chirurgie», Tübingen, erscheinen.

Herr Dr. **Bettmann: Beziehungen der Schilddrüse zur Glycosurie.**

Unter 20 Personen, denen eine Woche lang Schilddrüsenpräparate (theils Doepper'sche Tabletten, theils Jodothyrin) in steigenden Quanten dargereicht wurden, waren 11 (= 55 Proc.), bei denen sich nach Ablauf der Versuchszeit eine alimentäre Glycosurie nachweisen liess, die 8 Tage nach dem Aussetzen der Schilddrüsendarreichung wieder verschwunden war. Der Ausfall dieser Versuche spricht für die Annahme, dass die Thyreoidea die Kohlehydratassimilation hemmend beeinflussen könne, eine Hypothese, die v. Noorden angesichts des verhältnissmässig häufigen Auftretens einer spontanen Zuckerausscheidung fettleibiger mit Schilddrüsenpräparaten behandelter Individuen aufgestellt hat.

B.'s Versuchspersonen waren durchweg jugendliche Haut- und Geschlechtskranke, bei denen complicirende Krankheiten und Momente, welche für das Auftreten der Glycosurie als prädisponirend hätten gelten können, vollkommen fehlten. Weitere Beobachtungen zeigten, dass bei länger dauernder Schilddrüsenfütterung die anfängliche alimentäre Glycosurie wieder verschwinden kann. Ihr Auftreten war in keinem der Versuche von ausgesprochenen Erscheinungen des Thyreoidismus begleitet; constant war nur eine gewisse Steigerung der Pulsfrequenz und der Urinmenge; in einem Theil der Fälle trat auch eine Abnahme des Körpergewichts ein.

Versuche mit Hypophysistabletten ergaben nach 10—14 tägiger Verfütterung ebenfalls in einigen Fällen das Auftreten einer alimentären Glycosurie neben Erhöhung der Puls- und Urinzahlen. Es liegt nahe, diese Wirkungen der Hypophysissubstanz für die Annahme gleichartiger functioneller Beziehungen zwischen Schilddrüse und Hypophysis mit in Betracht zu ziehen. Dafür, dass etwa die Einwirkung eines beliebigen Organpräparates dieselben Erscheinungen und speciell die alimentäre Glycosurie hervorrufen könne, hat B. vorläufig keine Anhaltspunkte gefunden; seine Versuche mit Ovarialtabletten sind bis jetzt durchweg negativ ausgefallen.

Aerztlicher Verein in Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 4. Februar 1897.

Herr **Carl Koch** stellt ein Mädchen vor, bei welchem ein ausgedehnter Defect des rechten Stirnbeins durch einen Haut-Knochenlappen nach der Müller-König'schen Methode zur Deckung gebracht worden war. Wegen Tuberculose musste der Knochen in der Ausdehnung eines Fünfmarkstückes in seiner ganzen Dicke resecirt werden; die Haut darüber war in gleicher Grösse zerstört.

Herr **Reichold** jun.: Zur Schleich'schen Infiltrations-Methode. (Der Vortrag erscheint in dieser Wochenschrift.)

Herr **Thorel** demonstrirt: 1. Das Herz einer 76jährigen Frau mit Aneurysmabildung oberhalb der Spitze des linken Ventrikels nebst ausgedehnten Verkalkungsprocessen der Herzwandung; 2. Anthracotische Perforationsnarben an der Cardia des Magens und in den grösseren Bronchien; 3. multiple Tractionsdivertikel des Oesophagus bei Chalicosis, Anthracosis und Tuberculosis der Lungen.

Herr **Simon** demonstrirt: 1. Eine Blasenmole aus dem 3. Monate der Gravidität; 2. ein Präparat von Tubargravidität im 3. Monate mit Haematosalpinx und Haemovarium der andern Seite; Patientin durch Laparotomie geheilt; 3. ein sehr grosses Ovarialkystom, von einem 15jährigen Mädchen stammend, welches durch die in Folge Stieltorsion entstandene Peritonitis mit starkem Ascites auf's Aeusserste heruntergekommen war; glatte Heilung; 4. ein grosses Ovarialkystom; 5. 3 Uteri, durch Totalexstirpation mittelst Klammerverfahren gewonnen; 2mal wurde wegen Carcinom, 1mal wegen chronischer Entzündung des Uterus und der Adnexe operirt.

Sitzung vom 18. Februar 1897.

Herr **Neuberger** stellt einen Fall von **Ichthyosis diffusa** bei einem 9jährigen Knaben vor. Die Affection besteht seit frühester Kindheit unverändert, hat den ganzen Körper befallen, nur Gesicht, Hände und Füsse (an Volar- und Dorsalflächen) sind frei, auch die Gelenkbeugen sind nur wenig ergriffen. Aetiologisch ist in diesem Falle Heredität nicht zu eruiren. In therapeutischer Hinsicht werden täglich Bäder und Einreibungen mit indifferenten Salben empfohlen, die aber Recidive nicht aufhalten können.

Herr **Beckh** sen. stellt vor: a) einen Fall von Pemphigus acutus universalis bei einem 43jährigen Manne mit günstigem Ausgange; b) einen Fall, bei welchem die Diagnose zwischen Lupus und Luës hereditaria schwankt.

Herr Sigmund **Merkel** referirt eine Arbeit aus dem Archiv für Verdauungskrankheiten «Ueber die physikalische Untersuchung des Darms» und bespricht im Anschluss daran die moderne Behandlung der chronischen Obstipation.

Herr Gottlieb **Merkel** demonstrirt den Magen einer 58jähr. Frauensperson, welche nach nur ganz kurzem Krankenhausaufenthalt an einer Magenblutung gestorben ist. Derselbe zeigt ein über fünfmarkstückgrosses typisches Geschwür dicht vor dem Pylorus, von der kleinen Curvatur an der hinteren Magenwand herunterziehend. Den Grund des Geschwüres bildet das blossliegende Pankreas. Im Grund sieht man 4 stecknadelspitzgrosse, durch feste Thromben verschlossene Gefässe und einen vollkommen quer durchtrennten rabenkieldicken Arterienast, dessen beide Lumina offen ohne Gerinnsel im Geschwürsgrund münden. Die Serosa des Magens war in grosser Ausdehnung in der Umgebung des Defectes mit der unteren Leberoberfläche verwachsen; durch den Narbenzug war der Magen narbig eingeknickt, so dass eine sanduhrförmige Gestalt desselben entstanden ist. Der dadurch entstandene derbe Tumor hatte im Leben als carcinomatöse Geschwulst imponirt, eine Annahme, welche durch die Angabe der Verstorbenen, dass sie durch längere Zeit hindurch immer wiederkehrend kaffeesatzähnliche Massen erbrochen habe, gestützt worden war. Genauere Untersuchung war durch die kurze Dauer der Beobachtung unmöglich gemacht worden.

Stuttgarter Chirurgisch-gynäkologische Vereinigung.

(Officieller Bericht.)

Sitzung vom 24. März 1897.

Vorsitzender: Herr Müller.

Herr **Müller**: **A. Demonstrationen.** 1. 7jähriges Mädchen mit congenitaler linksseitiger Hüftgelenksluxation, Ende September 1896 nach Lorenz reponirt, kam vor 3 Wochen definitiv aus dem Gipsverband, es besteht zur Zeit noch eine Ankylose des Hüftgelenkes und das Kind geht mit abducirtem, steifem Hüftgelenk, aber die Beweglichkeit desselben ist unter methodischen Uebungen im Zunehmen. Die lordotische Einsenkung der Wirbelsäule findet beim Gehen nicht mehr statt. Der Kopf steckt sicher in der Pfanne. Zur Correctur der Abductionsstellung trägt das Kind Nachts einen Extensionsapparat (Zug am gesunden, Gegenzug am kranken Bein).

2. $2^1/_2$ Jahr altes Mädchen, gleichfalls mit congenitaler linksseitiger Hüftgelenksluxation, wurde Anfangs October 1896 in Behandlung genommen, Reposition nach Lorenz; lag bis Mitte Februar 1897 im Gipsverband; der Gang des Kindes ist jetzt nahezu normal, das Hüftgelenk ist völlig frei beweglich, keine Verkürzung der kranken Seite. Diese Patientin ging vom 3. Tag post operationem ab im Gipsverband. Die Stellung des Gelenkes vor der Operation zeigt eine sehr gelungene Röntgen-Photographie.

3. Orthopädischer Tisch: Wird anderwärts genau beschrieben.

B. **Trauma und Tumor**: Der Vortrag wird an anderer Stelle in extenso veröffentlicht werden.

Herr **Zeller** referirt im Anschluss daran einen Fall, in dem zweifelsohne nach Trauma ein Sarkom der Schenkelbeuge entstand, Herr **Hauff**, wo nach der Exstirpation eines scheinbar gutartigen multiloculären Ovarialtumors in der Laparotomienarbe ein Carcinom entstand, dem die Patientin nach zweimaliger Operation endlich erlag.

XXII. Wander-Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte

zu Baden-Baden im Conversationshaus.

Originalbericht von Privatdocent Dr. *Schüle* in Freiburg.

1. Tag, Samstag, den 22. Mai 1897.

Geh.-Rath Erb (Heidelberg) eröffnet die zahlreich besuchte Versammlung mit einem Nachruf auf die verstorbenen Collegen Eisenlohr (Hamburg) und Wittich (Heppenheim). Darauf folgen einige geschäftliche Mittheilungen.

Den Vorsitz übernimmt Prof. Schultze (Bonn). Schriftführer sind Dr. Laquer (Frankfurt a. M.) und Privat-Docent Dr. Hoche (Strassburg).

1. Prof. **J. Hoffmann** (Heidelberg) demonstrirt zwei Knaben, Zwillinge, welche das Bild der **myopathischen Muskelatrophie** in ausgedehntem Maasse darbieten.

Die Mutter war gesund. Keine Nervenkrankheiten in der Familie. Die Kinder hatten schon als Säuglinge Lagophthalmus. Nach und nach entwickelte sich folgender Status:

Maskenartiger, starrer Gesichtsausdruck. Lachen, Stirnrunzeln, überhaupt jede Mimik ist unmöglich. Die Lippen sind wulstig, «Tapirlippe». Beim Sprechen hört man einen näselnden Beiklang. (Mässige Gaumensegelparese.) Die Zunge ist atrophisch.

Am Rumpf findet sich das Bild der progressiven Muskeldystrophie. Die Oberarme sind stark abgemagert (l. mehr als r.). Die Vorderarmextensoren zeigen Schwäche. Beim Aufstehen vom Boden sog. «Bogenschützenstellung». Charakteristische Lendenlordose beim Stehen. — Das Bild ist bei beiden Patienten ein fast ganz analoges.

Es findet sich also der Erb'sche Typus mit dem Déjérine'schen combinirt, was eine prägnante Illustration der von Erb urgirten Zusammengehörigkeit der verschiedenen Typen darstellt. Eigenartig ist die Zungenatrophie und die Gaumensegelparese. EaR fehlt.

Prof. Dr. **Siemerling**-Tübingen bespricht den Process der sogenannten **neuralen** (s. neuronalen, s. neuritischen) **Muskelatrophie**, welche Charcot und (in Deutschland) J. Hoffmann genau geschildert haben. Das Leiden beginnt an den Beinmuskeln und nimmt in seiner Intensität von der Peripherie nach dem Centrum ab. Es fanden sich degenerirt die Hinterstränge, ausserdem fleckweise die PyS.

Redner bespricht sodann einen eigenen Fall:

Der Pat. ist hereditär nicht belastet. Im 4. Jahre litt er an Brechdurchfall, im 5. Jahre begann die Atrophie der Beinmuskeln. (Klumpfussstellung.) Die Abmagerung nahm zu, griff im 7. Jahre auf die Vorderarme über.

Vom 13. Jahre an war das Gehen unmöglich. Bei der Aufnahme fand sich ausser nasaler Sprache und reflectorischer Pupillenstarre nichts Pathologisches an den Hirnnerven, dagegen waren Vorderarm und Hand stark atrophirt. An den Beinen fehlten die Muskeln fast ganz. Ausser einigen Schleuderbewegungen war keine Motilität vorhanden. Gehen unmöglich, dagegen kann Patient schreiben. Das Schmerzgefühl ist in der u. Extremität herabgesetzt. Die elektrische Erregbarkeit ist = 0 in den atrophischen Muskeln; in den noch erhaltenen fehlt die EaR. Makroskopisch fand sich im RM graue Verfärbung der Hinter- und Seitenstränge. Das Gehirn war normal. Die Musculatur der Unterschenkel war vollständig fettig degenerirt. Mikroskopisch zeigte sich ausgedehnte Atrophie der Hinterstränge, sowie der Pyramidenbahn, von der Decussatio beginnend. Die Kleinhirn-Seitenstrang-Bahn war ebenfalls afficirt. Die Clarke'schen Säulen wiesen ebenfalls Atrophie auf, desgleichen fand sich in der grauen Substanz Zerfall und Faserabnahme. Die vorderen Wurzeln waren stark afficirt. Auffallenderweise konnten dagegen in den hinteren Wurzeln keinerlei abnorme Befunde erhoben werden. Die sensibeln und gemischten peripheren Nerven waren stark degenerirt. Die Musculatur zeigte ausgedehnte Entartung.

Es waren also erkrankt: Die peripheren Nerven, die Muskeln, die Spinalganglien, die Hinterstränge, Vorderhörner und Seitenstränge. Redner fasst die Nervenaffection als das Primäre auf, die RM-Veränderungen als secundär. Unerklärt bleibt das Intactbleiben der hinteren Wurzeln.

3. Privatdocent Dr. **Hoche**-Strassburg i/E.: **Ueber die bei Hirndruck auftretenden Veränderungen im Rückenmark.**

Schon früher hat Dinkler Rückenmarksveränderungen beschrieben, welche sich neben Hirntumoren fanden. Diese Beobachtungen sind bestätigt worden.

Irrelevant für die Markveränderungen ist Sitz und Natur des Tumors. Das Maassgebende sind nach Hoche die Drucksteigerungen, welche die Geschwulst verursacht. Die Degenerationen der hinteren Wurzeln beginnen proximal von deren Eintritt durch die Pia und setzen sich in die Hinterstränge fort. Als «absteigende» Atrophie ist der Befund nicht zu deuten, vielmehr könnte man an die Wirkung von Toxinen denken, deren Herkunft mit der Geschwulst in Zusammenhang steht, oder an Laesionen, wie sie bei Kachektischen an den peripheren Nerven beobachtet sind (Dinkler).

Hoche erklärt die Störung in den hinteren Wurzeln durch die Steigerung des Drucks, welchen der Tumor im ganzen Centralnervensystem hervorruft. Wo die Stauungspapille ausgeprägt ist, da findet man auch diese Degenerationen.

Discussion: v. Strümpell fand bei analogen Zuständen auch Veränderungen im Gowers'schen Bündel.

4. Prof. Dr. **Fürstner** (Strassburg i. E.): **Paralysis agitans und multiple Sklerose.**

Die Diagnose beider Krankheiten kann bei «formes frustes» oft schwierig sein. Auch gewisse senile Zustände können der Paralysis agitans sehr ähnlich werden. Am häufigsten tritt Paralysis agitans zwischen dem 50. und 60. Jahre auf. Uebrigens ist sie sehr selten. Fürstner fand unter 400 Pfründnern nur 1 Fall. Andere beobachteten unter 6000 Nervenkranken nur 37 mit Zitter-Lähmung.

Man hat das Rückenmark auf «senile» Veränderungen untersucht. Erkrankung der Hinterstränge, der Seitenstränge wurde gefunden. Ferner End- und Periarteriitis. Die Gefässveränderungen wurden als das Primäre angesprochen. Das Hals- und Lumbalmark sollen prädilectirt sein. Dem entgegen konnte Fürstner bei einem sehr typischen Fall von Parkinson'scher Lähmung (hemiplegische Form) gar nichts Pathologisches im Centralnervensystem des 73 Jahre alten Patienten finden, nicht einmal Arteriosklerose.

Drei Greise (74—79 Jahre) boten diffuse Veränderungen dar, welche von den Gefässen ausgingen (End- und Periarteriitis), unregelmässige Plaques in den Hinter- und Seitensträngen. — Aber gerade diese Kranken hatten nicht an Paralysis agitans gelitten.

Fürstner kann vorläufig also noch nicht zugeben, dass von einem typischen pathologisch-anatomischen Befunde bei Zitterlähmung gesprochen werde.

5. Dr. **Sander** (Frankfurt a/M.): **Ueber Paralysis agitans und ihre Beziehungen zu den Altersveränderungen des Rückenmarks.**

Der Patient Sander's litt 17 Jahre an «Paralysis agitans», deren klinisches Bild indess kein ganz typisches war. Mikroskopisch (Pal, Weigert's Gliamethode etc.) fanden sich Degenerationen in den Seitensträngen, ferner überall Gliawucherungen in der weissen Substanz. Diese Gliawucherung steht mit den Gefässen im Zusammenhang. Grosses Gewicht legt Vortragender auf das Vorhandensein von Spinnenzellen in den Vorderhörnern, welche er als pathognomonisch anzusprechen geneigt ist.

Prof. Dr. **v. Strümpell** (Erlangen): **Zur Kenntniss der Polyneuritis.**

Fall I betrifft einen Potator, welcher an Neuritis erkrankte. Interessant und bisher noch nicht beschrieben war eine totale Taubheit, welche sich in 2 Tagen entwickelte und nach etwa 2 Wochen in Besserung und Heilung überging. Es blieb etwas Ohrensausen zurück.

v. Strümpell erklärt dies durch eine acute neuritische Affection beider Acustici. Haemorrhagische Polioencephalitis (Wernicke) könnte ebenfalls zur Erklärung beigezogen werden, scheint aber weniger plausibel.

Sehr auffallend war nun ein Phänomen, welches derselbe Patient, als er wieder hören konnte, darbot. Es bestand nämlich bei demselben eine eigenthümliche Amnesie auch für die nächstliegenden Eindrücke. So konnte er sich z. B. schon nach 5 Minuten nicht mehr erinnern, dass ihm ein Messer vorgezeigt worden war, auch wenn man ihn vorher ausdrücklich aufmerksam gemacht hatte.

v. Strümpell bezeichnet den Zustand als eine «active Amnesie» für alle optischen wie acustischen Eindrücke.

Dieser psychische Defect besserte sich nach 4—5 Wochen. Bei einer Typhusreconvalescentin hat der Vortragende denselben Defect beobachtet.

Der 2. Fall betraf einen Patienten, welcher an ausgebreiteter Neuritis gelitten hatte. Im RM fand sich ein ausgebildeter Hydromyelus, welcher intra vitam ohne Symptom geblieben war. (Demonstration des Präparates). Die peripheren Nerven waren stark degenerirt, sehr wenig dagegen die Mukeln, obwohl dieselben ausgeprägte elektrische Entartungsreaction gezeigt hatten. RM intact.

Des weiteren demonstrirt Redner mehrere sehr interessante Rückenmarkspräparate (2 Fälle combinirter Systemerkrankung; ein Lipom, welches intramedullär sich entwickelt hatte; tuberculöse Neubildung ausserhalb der Dura, welch' letztere selbst an ihrer Innenseite ganz intact geblieben war. Ferner ein Endotheliom der Dura u. s. f. Besonders bemerkenswerth war ein Tumor (Gliom), welcher von dem äusseren Gliaring, der die Medulla spinalis umgibt, ausging und das ganze Mark in grosser Ausdehnung umwachsen hatte. Endlich eine centrale Tuberculose des RM.)

Prof. Dr. **Dinkler**-Aachen: 1. **Zur Diagnostik und chirurgischen Behandlung der Hirntumoren:**

Es wird zuerst ein sehr interessanter Fall von Hirntumor besprochen, welcher 2 Jahre lang nach der ersten Diagnosestellung (in Amerika) keinerlei Symptome mehr gemacht hatte.

Nach 2 Jahren traten plötzlich wieder Tumorerscheinungen auf: Jackson'sche Epilepsie, Stauungspapille etc.

Dinkler stellte die Diagnose auf eine Geschwulst des linken Marklagers, welche, langsam wachsend, den Cortex erreicht hatte.

Trotz Operation Exitus. Die Obduction ergab ein Gliom der linken Hemisphäre, welches die Rinde erreichte, auch nach dem Seitenventrikel durchgebrochen war.

Redner hebt als besonders bemerkenswerth das langsame Wachsthum der Neubildung hervor.

Eine 2. Beobachtung betrifft einen 40 jährigen Potator strenuus, bei dem sich allmählich Zeichen von Rindepilepsie einstellten. Später entwickelte sich das Bild der grossen Epilepsie, daneben Hemiparesis sin., Stauungspapille rechts. Die A. tempor. dextra war doppelt so dick als die linke, trat stark hervor. Keine Arteriosclerose.

Diagnose: Tumor cerebri, welche auch durch die Autopsie bestätigt wurde.

2. **Ueber periphere Hypoglossuslähmung.**

Diese Beobachtung betrifft einen 57 jährigen Eisengiesser, welcher früher an eitriger Otitis media gelitten, sich aber sodann ganz wohl befunden hatte. Im October 1896 traten starke Schmerzen in der rechten Ohr- und Halsgegend auf, an welche sich eine Phlegmone im Rachen anschloss. Incision ohne Resultat.

Sehr interessant war nun der Befund an der Zunge. Die rechte Hälfte derselben war weicher, voluminöser als die linke. Beim Herausstrecken deviirte das Organ in toto nach rechts, die Spitze krümmte sich aber nach links um.

Wurde die Zunge im Munde zurückgezogen, so verschob sie sich nach links (M. styloglossus).

Das Schlucken war erschwert, die Speisen blieben oft unter der Zunge liegen.

Elektrisch fand sich complete EaR. Nach 1 Monat hatten sich die Erscheinungen wieder mehr nach der Norm hin verändert.

Die Beobachtung ist in der Literatur beinahe ein Unicum, da die von Erb und Marina veröffentlichten Beobachtungen keine so recenten und ausgebildeten Fälle betreffen, wie es der mitgetheilte ist.

Professor Dr. **Schultze**-Bonn: **Ueber Chorea, Poly- und Monoclonie.**

Vortragender berichtet über einen Fall von blitzartigen Zuckungen, die meist bei Bewegungen auftraten. Dieselben hatten keinen eigentlichen locomotorischen Effect. Der Kranke war nicht dem Friedreich'schen Paramyoclonus multiplex zuzuweisen; war auch keine «Myoclonie», eher ein «Mittelfall.» Die meisten der Unverricht'schen Kranken gehören zur chronischen progressiven Chorea. Ausführliche Begründung dieser Ansicht. Es ist nicht richtig, dass bei der «Myoclonie» nur Muskeln afficirt seien, die nicht synergetisch wirken. Friedreich's Form ist prognostisch günstiger, nicht progressiv. Die Zuckungen geschehen stets in denselben Muskeln.

Eine weitere Beobachtung des Vortragenden betrifft einen Kranken mit Magendilatation, welcher an Myotonia congenita litt. Ausserdem bestand aber noch das Trousseau'sche (Tetanie-) Phänomen. Angeboren war übrigens die Thomsen'sche Krankheit nicht, da jede Heredität fehlte.

2. Tag, Sonntag, 23. Mai 1897.

Fortsetzung der Verhandlungen um 9 1/4 Uhr.

Vorsitzender: Prof. Dr. Kräpelin (Heidelberg).

1. Prof. Dr. **Hoffmann** (Heidelberg): **Zur pathologischen Anatomie der peripherischen Facialislähmung.**

Den sehr spärlichen (3) mikroskopischen Befunden bei peripherer VII Lähmung fügt Vortragender eine neue Beobachtung hinzu:

Ein luëtischer Patient litt an doppeleitiger Facialisparese. Mikroskopisch fand sich das Centralnervensystem intact. Die Faciales waren beiderseits oberhalb des Ganglion geniculi in ihrem ganzen Querschnitt erkrankt. Peripherwärts bestand absteigende Degeneration.

An der Laesionsstelle fand sich circumscript Rundzellenanhäufung, aber keine eigentliche Neuritis.

Als aetiologisches Moment kann Luës und Quecksilberintoxication in Frage kommen. Redner ist eher geneigt, die Syphilis zu beschuldigen. Er nimmt an, dass etwa eine luëtische Periostitis circumscripter Art den Nerven comprimirt habe. Gummata oder luëtische Meningitis fanden sich nicht.

Dr. **Determann** (St. Blasien): **Zur Kenntniss von Ueberlagerungen organischer Nervenerkrankungen durch Hysterie.**

Es wird die Schwierigkeit betont, functionelle und organische Erkrankungen diagnostisch auseinanderzuhalten. Als prägnantes Beispiel einer Combination solcher Zustände bespricht Vortragender die Krankheitsgeschichte eines 28 jährigen Taglöhners, welcher wegen einer Verletzung an der Hand operirt werden musste.

Nach der Operation wurde in der Heidelberger med. Klinik festgestellt: Handschuhförmige Anaesthesie der rechten Hand, motorische Schwäche im Gebiete der 3 grossen Armnerven, besonders des N. radialis. Die motorische Parese wurde als «Narkosenlähmung» aufgefasst (Esmarch'scher Schlauch am Oberarm). Daneben bestanden aber noch hysterische Symptome (handschuhförmige Sensibilitätsstörung).

Die Entscheidung, ob nicht auch der motorische Defect hysterischer Natur sei, gab die elektrische Untersuchung, welche zeigte, dass die Nervenbahn an einem bestimmten Punkte unterbrochen war, der am Oberarm lag und der Umschnürungsstelle entsprach.

Dr. Friedmann (Mannheim): **Zur Lehre von den Folgezuständen, insbesondere den Gefässveränderungen nach Kopferschütterung.**

Untersuchung eines Kranken, welcher 1870 (im 24. Jahre) durch einen Granatsplitter eine Erschütterung des Kopfes erfahren hatte. Später stellte sich Gedächtnissschwäche ein, Neigung zu Ohnmachten, zeitweilig Schwindel und Störungen beim Schreiben. P. m. fand sich im linken Schläfenlappen eine Haemorrhagie im Marklager mit Erweichungen; ferner verbreitete Endarteriitis obliterans, besonders an der Arteria basilaris. Kleinere Gehirnarterien zeigten ihre Wandungen hyalin entartet.

Der Fall ist bemerkenswerth als Beispiel einer traumatischen «Neurose» mit sehr greifbarem, organischen Substrat.

Prof. Dr. **Kraepelin** (Heidelberg): **Ueber die Messung der Auffassungsfähigkeit.**

Redner demonstrirt einen von ihm construirten Apparat, welcher ermöglicht, die Versuchsperson in schnellem oder langsamem Tempo Buchstaben, Silben oder Worte lesen zu lassen. Es zeigt sich dabei, dass sinnlose Buchstabenconglomerate am schlechtesten gelesen werden, zweisilbige Worte mühsamer als einsilbige. Bei den sinnlosen Silben wurde der mittelste Buchstabe am leichtesten erkannt; bei mehrsilbigen der 1., 3., 5., 7. leichter als die geraden; die Spaltweite des Guckloches hatte Einfluss auf das Lesen; besonders schlecht wurden die sinnlosen Worte bei engem Diaphragma erkannt.

Vortragender bespricht seine Versuche mit Epileptikern, Alkoholisten, Gesunden, Paranoischen. Die Auffassungsfähigkeit herabsetzend wirkten Paraldehyd, Trional, Alkohol, nicht aber Brom.

Dr. **Gross** (Heidelberg): **Ueber Messung einfacher psychischer Vorgänge bei Geisteskranken.**

Versuche mit einer «Schriftwage» welche Geschwindigkeit und Energie der Schriftzüge graphisch aufzeichnet.

Bei circulär «Gehemmten» geschah das Aufschreiben sehr langsam, bei Manischen theils schnell, theils gehemmt. Demonstration von Curven.

Dr. **E. Hecker** (Wiesbaden): **Die milden Verlaufsarten des circulären Irreseins.**

Redner bespricht das Krankheitsbild der cyklischen Psychose («Cyklotymie»). Die meisten periodischen «Melancholiker» seien in Wirklichkeit «Cykliker». Im melancholischen Stadium besteht starke Depression, Hemmung, mit Suicid-Gedanken und -Acten. Tobsuchtsanfälle können sich anschliessen, in Blödsinn geht die Krankheit nie aus.

Dr. **Alzheimer** (Frankfurt a. M.): **Ueber das Delirium acutum.**

Der Redner hat interessante mikroskopische Untersuchungen angestellt an Gehirnen von Patienten, die an Delirium acutum gelitten hatten.

Bei einer Gruppe von Fällen fanden sich Veränderungen in den Ganglienzellen und in der Glia. Das Bindegewebe war intact. Die achromatische Substanz der Ganglienzellen färbte sich etwas, die Zellen erschienen geschwollen, schattenhaft. Alle Windungen waren in gleicher Weise betroffen. «Collapsdelirien.»

Die 2. Gruppe zeichnete sich aus durch starke Kerntheilung der Gliazellen, Wucherung derselben. Die chromatische Substanz war nicht zerfallen. Starke Betheiligung der Ganglien-Kerne.

Die Veränderungen sind schwere, nicht restitutionsfähige und erinnern an die von Nissl bei Intoxicationen gefundenen.

An einer 3. Reihe von Gehirnen fand A. ebenfalls starke Affection der Glia- und Ganglienzellen, aber nicht gleichmässig in der Rinde vertheilt.

Redner kommt zu dem Schlusse, dass das Delirium acutum kein einheitlicher Krankheitsprocess sei.

Geh.-Rath **Erb** (Heidelberg): **Ueber chronische Poliomyelitis nach Trauma.**

Es ist bekannt, dass unter Umständen schwere functionelle Erkrankungen sich an Traumen anschliessen können. Weniger häufig, aber ebenfalls manchmal beobachtet, sind auch organische Affectionen des Nervensystems nach Verletzungen.

Vortragender hatte Gelegenheit, zwei sehr instructive Fälle dieser Art zu untersuchen:

Der erste betrifft einen 56 jährigen Bauer ohne hereditäre Belastung. Derselbe wurde stark auf das Gesäss geschleudert, erlitt aber dabei nur eine locale Contusion. Direct darnach keinerlei nervöse Störungen. Erst nach 14 Tagen fühlte Pat. «Spannen» in den Waden. Dann trat Parese der grossen Zehe rechts auf, später der linken. Die Lähmung griff sodann auf das Peroneusgebiet über und auf die Musculatur der Oberschenkel. Keine Sensibilitätsstörungen.

Bei der Aufnahme fand sich ausgesprochene Lähmung an beiden Beinen, besonders den Unterschenkeln. Die Sehnenreflexe an den letzteren waren erloschen, an den Oberschenkeln dagegen lebhaft. Klopfte man auf die Achillessehne, so zuckten z. B. die Adductoren. In den Unterschenkeln complete EaR, nicht in den Oberschenkeln.

Erb nimmt eine progressive spinale Muskelatrophie an, die offenbar nur die unteren Lumbalsegmente betroffen hatte. Eine leichte Reizung der Seitenstränge mag mit dem Process in den Vorderhörnern combinirt sein, doch fehlte Vieles, um von amyotrophischer Lateralsklerose zu sprechen.

Der Zusammenhang des spinalen Leidens mit dem Trauma ist ein evidenter.

In der 2. Beobachtung handelt es sich um einen Schmied, der eine starke Zerrung beider Arme erlitten hatte. Bald, nachdem die ersten Erscheinungen des Traumas verschwunden waren, fühlte Patient «Spannung» und leichte Schwäche in den Armen, doch konnte er noch über 1 Jahr arbeiten. Allmählich aber machte sich deutliche Atrophie und Parese in den oberen Extremitäten, sowie im Schultergürtel bemerkbar. Die klinische Untersuchung ergab das Bild einer «Dystrophie», aber daneben EaR. Die Beine waren frei. Muskelspannungen, Spasmen fehlten.

Es bestand also der Symptomencomplex der Poliomyelitis anterior chronica, welche sich ebenfalls im Zusammenhang mit dem Trauma entwickelt hatte. Erb nimmt an, dass durch sehr heftige Erschütterungen gewisse moleculare Laesionen im Marke erzeugt werden können, welche einer Heilung zwar fähig sind, bei ungenügender Schonung aber manchmal zu progressiven Degenerationsprocessen führen.

Privatdocent Dr. **Gudden** (München): **Klinischer und pathologisch-anatomischer Beitrag zu der Lehre von der multiplen Sklerose.**

Redner berichtet über einen «Anfangsfall» von multipler Sklerose, von welchem er eine reiche Menge mikroskopischer Präparate (darunter sehr grosser Hirnschnitte) demonstrirt.

Bei einem 16 jährigen Geisteskranken zeigten sich eigenthümliche, passagere Sprachstörungen, epileptische und Schlafanfälle. Kein Nystagmus, kein Intentionstremor.

Unter den Zeichen einer Nephritis parench. Exitus letalis.

Mikroskopisch: Zahlreiche, nicht über linsengrosse sklerotische Herde im Gehirn; grössere Herde im Lenden- und Cervicalmark. Die Plaques richten sich nach den Gefässen, sitzen aber auch häufig an Bindegewebssepten.

Man muss also annehmen, dass die Gefässe bei der Entstehung der Herde betheiligt sind, dass aber auch eine selbständige Wucherung der Neuroglia daneben von Bedeutung ist.

Dr. **Berger** (Heidelberg): **Ueber doppelseitige ungleichartige Porencephalie.**

Eine 19 jährige Idiotin, welche seit 3 Monaten an Fieber und «Krämpfen» gelitten hatte, zeigte Nystagmus, Zuckungen im linken Facialis. Bei der Obduction fand sich rechts ein starker Substanzverlust an der grauen Substanz der Centralwindungen. Das Mark war wenig afficirt. Links bestand ein tiefer Porus ebenfalls an den Centralwindungen, der auch noch den Fuss der II. und III. Frontalwindung ergriffen hatte. Der Defect führte durch das Marklager nach dem Seitenventrikel. Keine Cystenbildung.

Vortragender erklärt den Porus entstanden aus einem Erweichungsherd im Gebiet eines embolisch verstopften Nebenastes der A. f. Sylvii. Den rechtseitigen Defect könnte man auf eine meningeale Haemorrhagie zurückführen. Eine Entwicklungshemmung ist nicht anzunehmen.

Privatdocent Dr. **Schüle** (Freiburg i. B.): **Zur Lehre von den Spalt- und Tumorenbildungen des Rückenmarks.**

Die Beobachtung betrifft einen Patienten der Freiburger Klinik, welcher zuerst an einer Halbseitenlaesion erkrankte, die sich dann später zu einer vollständigen Querschnittserkrankung entwickelte. Die letztere musste bis zum 3.—4. Dorsalsegment hinaufreichen, während die Affection bei der ersten Untersuchung etwa in der Höhe der 8. Dorsalwurzel localisirt war. Bei der Obduction (Tod durch Pyelitis, Decubitus) fanden sich 2 circumscripte Angiogliome, das eine in der Höhe der 8. Dorsalwurzel, das andere im 6. Dorsalsegmente.

Die Tumoren gingen vom hinteren Septum aus. Ausgedehnte Erweichungen in der grauen und weissen Substanz aufwärts wie abwärts.

Der Centralcanal war durchaus normal, als solider Ependymfaden überall gut erkennbar, wo nicht vollständige Destruction der Medulla spin. bestand.

Zwischen Geschwulst und Canalis centr. — an tumorfreien Stellen zwischen Hintersträngen und Centralcanal — fand sich eine querelliptische Höhle, welche von einer feinen Membrana limitans begrenzt wird. Diese Höhle ist auf allen Schnitten, vom 8. Dorsalsegment an zu finden; sie hat einen Längsdurchmesser von 3,5 mm.

Die Sektion hatte die klinischen Symptome gut erklärt und die Diagnose «intramedullärer Tumor» bestätigt. Auffallenderweise musste die zweite, obere Geschwulst lange Zeit bestanden haben, ohne Symptome zu machen.

Die Höhle fasst der Vortragende als «congenital» auf und hebt die Verwandtschaft des Falles mit der «centralen Gliomatose» J. Hoffmann's hervor, welch' letztere sich ebenfalls mit Vorliebe in Rückenmarken mit embryonalen Missbildungen entwickelt. In der Literatur existirt ein dem besprochenen ganz analoger Fall von Ira van Gieson (1892).

Privatdocent Dr. **Nissl** (Heidelberg): **Ueber die örtlichen Verschiedenheiten der Hirnrinde.**

Demonstration zahlreicher, sehr interessanter Abbildungen von mikroskopischen Präparaten des Cortex cerebri.

Dr. **Lüderitz** (Strassburg i/E.): **Ueber das Verhalten der absteigenden Hinterstrangbahnen bei Tabes dorsalis.**

Demonstration von Abbildungen eines Rückenmarks, dessen Besitzer an Tabes und Compressio medullae gelitten hatte. Vergleich zwischen Weigert-Präparaten, welche die tabischen Veränderungen, und Marchi-Schnitten, welche die absteigenden Degenerationen illustriren.

Dr. **A. Bethe** (Strassburg i/E.): **Untersuchungen der Achsencylinder bei Arthropoden, Hirudineen mittelst einer neuen Methode.**

Inhalt rein anatomisch.

Dr. **G. Wolff** (Würzburg): **Ueber Associationsstörung.**

Vortragender berichtet über Studien mit dem gleichen Patienten, an welchem Grashey seine bekannten Untersuchungen über die Amnesie gemacht hatte. Dieser Kranke kann nur dann sprechen, wenn er das zu antwortende vorher «geschrieben» hat.

Von der Menge der höchst interessanten Versuche seien nur folgende kurz erwähnt:

Der Kranke kann nicht sagen, welche Farbe die Blätter eines Baumes besitzen, wie ein Hund schreit, wie ein «gut schneidendes» Messer beschaffen sein muss, wie die Rose riecht. Alle Antworten bleibt Patient schuldig, doch findet er ganz prompt ein Messer, einen Schlüssel aus den vorgelegten Gegenständen heraus.

Das Sprachverständniss ist also gut erhalten.

Sehr merkwürdig ist folgender Defectzustand: Wenn Patient einen Gegenstand sieht (z. B. Zucker), kann er dessen sinnenfällige Eigenschaften angeben (weiss, viereckig), nicht aber den Geschmack. Soll Patient «Baum» sagen, so muss er zuerst an's Fenster treten und sich einen Baum ansehen u. s. f.

Er findet die Worte also nur, wenn er eine Unterstützung durch die Sinne erhält. Aus sich heraus ist es ihm unmöglich, sinnliche Associationen zu erwecken.

Dr. **Hornung**-Marbach: **Beiträge zum Studium der Hirnmechanik.**

Versuche mit dem Sommer'schen Apparate zur Registrirung der Patellarreflexe.

Es finden sich verschiedene Typen.

Der erste (häufig bei Schwachsinnigen beobachtete) lässt den Unterschenkel ruhig weiter pendeln nach der Contraction des Quadriceps.

Bei der 2. und 3. Gruppe (Alkoholische Zustände verschiedener Art) zeigt sich sofort oder nach kurzer Zeit Hemmung des Pendelns.

In einer 4. Gruppe (Neurasthenische Kranke) ergab es sich, dass der Unterschenkel sofort in der ersten Stellung stehen blieb, die er nach dem Beklopfen der Sehne eingenommen hatte.

Bei Paralytikern (5.) fand Vortragender ein unregelmässiges Verhalten.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 22. Mai 1897.

Zu den Wahlen in die Aerztekammer. — Die Wiener Expedition nach Bombay. — Arsenmelanose. — Blasenblutungen bei Frauen.

Demnächst sollen die Wahlen in die Wiener Aerztekammer ausgeschrieben werden, und die nöthigen Vorarbeiten, die Zusammenstellung der Wählerlisten und die Aufstellung von Candidatenlisten, sind bereits beendet. Gegen die Wählerliste ist nun plötzlich und unerwarteterweise eine Reclamation erfolgt, welche in den ärztlichen Kreisen viel besprochen und entsprechend commentirt wird. Das Präsidium der Kammer versendet hierüber an die Journale eine Mittheilung, der ich Folgendes entnehme: «Der Wiener Magistrat hat an die Wiener Aerztekammer eine Zuschrift gerichtet, in welcher er mittheilt, dass Dr. Julius Rader (ein deutschnationaler, vulgo antisemitischer Gemeinderath) gegen die Aufnahme von 425 Aerzten in die Wählerliste für die Aerztekammerwahlen 1897 Reclamation erhoben habe. Dieselbe werde damit begründet, dass die in derselben verzeichneten 425 Aerzte, welche in der Liste für die Gemeinderathswahlen nicht vorkommen, dadurch von der Ausübung des Wahlrechtes in der Gemeinde, somit auch von dem Wahlrechte in die Aerztekammer ausgeschlossen sind. In der vom Wiener Magistrate erbetenen Wohlmeinung hat nun das Präsidium der Wiener Aerztekammer Folgendes ausgeführt. Nach § 6 Al. 1 des Aerztekammergesetzes sind vom Wahlrechte und der Wählbarkeit ausgeschlossen: «Alle Mitglieder, welche nach den bestehenden Gesetzen von der Ausübung des activen und passiven Wahlrechtes in der Gemeinde ausgeschlossen sind.» In der Gemeindewahlordnung für Wien findet sich zunächst keine Bestimmung, wonach die Nichtverzeichnung in der Wählerliste an sich einen gesetzlichen Ausschliessungsgrund vom Wahlrechte bildet. Eine wahlberechtigte Person wird durch die Nichtaufnahme in die Wählerliste für den Gemeinderath ihres Wahlrechtes nicht dauernd verlustig, sondern nur für eine bestimmte Gemeinderathswahl, wenn diese nicht vor länger als einem Jahre erfolgt ist. Da in der Reclamation specielle Ausschliessungsgründe im Sinne der Bestimmungen der Gemeindewahlordnung nicht angeführt sind, so ist die Wiener Aerztekammer auch nicht in der Lage, sich über das Vorhandensein solcher Ausschliessungsgründe bei den in der Eingabe namhaft gemachten 425 Aerzten zu äussern. Wenn die Vermuthung zutrifft, dass der Reclamant die verzeichneten 425 Aerzte aus dem Grunde nicht für wahlberechtigt hält, weil sie nicht die österreichische, sondern die ungarische Staatsbürgerschaft besitzen, so ist auch dieser Grund nicht zutreffend, weil mit Verordnung des Ministeriums des Innern vom 18. Januar 1894 entschieden wurde, dass Aerzte ungarischer Staatsangehörigkeit wie einheimische zu behandeln sind, wie ja thatsächlich der gegenwärtigen Kammer 2 Aerzte angehören, welche ungarische Staatsbürger sind, ohne dass die Wahl von der k. Statthalterei beanstandet worden wäre. Die Wiener Aerztekammer beehrt sich daher das Ersuchen zu stellen, der löbliche Magistrat wolle das vorliegende Reclamationsbegehren abweislich erledigen. — Der Wiener Magistrat hat trotz dieser von der Wiener Aerztekammer abgegebenen Wohlmeinung entschieden: «Dass die Streichung aller jener in der Reclamation namhaft gemachten Aerzte, welche zufolge der amtlichen, durch den Steuer- und Wahlkataster durchgeführten Erhebungen in der Wählerliste für den Gemeinderath der Stadt Wien nicht eingetragen sind, vorgenommen wird.» Der Vorstand der Wiener Aerztekammer hat in seiner Sitzung vom 18. Mai 1897 beschlossen gegen die Entscheidung des Magistrates sofort den Recurs an die Statthalterei zu ergreifen.

Soweit die officielle Kundgebung des Präsidiums unserer Aerztekammer, welche nebstbei alle jene 425 Aerzte Wiens, denen in so ungerechtfertigter Weise das Wahlrecht in die Kammer entzogen werden soll, mittelst Correspondenzkarte aufgefordert hat, unverzüglich selbst ihr Wahlrecht bei der Statthalterei zu reclamiren. Der Magistrat hat gegen den obigen offenkundigen Ministerialerlass entschieden und es ist zu erwarten, dass die Statthalterei diesem Erlasse und dem Kammergesetze wieder volle Geltung verschaffen werde. Es wäre übrigens ein sonderbarer Zustand, dass Wiener Aerzte, welche kammerpflichtig sind, also auch ihren Beitrag zahlten, kein Recht hätten, die Zusammensetzung der Kammer irgendwie zu beeinflussen. Von den Motiven, welche Herrn Dr. Rader bestimmt haben mögen, diese Reclamation zu erheben, von der Rechtsanschauung, welche der Wiener Magistrat besitzt, als er dieser Reclamation Folge gab, will ich lieber ganz schweigen.

Am 3. Februar l. J. entsendete, wie ich mitgetheilt hatte, die kaiserl. Akademie der Wissenschaften eine ärztliche Expedition nach Bombay, welche daselbst das Wesen und die Behandlung der Beulenpest studiren sollte. Diese österreichische Expedition, bestehend aus den DDr. Ghon, Müller, Albrecht und Pöch, ist nun am 17. Mai wohlbehalten in Wien eingetroffen. Selbstverständlich haben sie viel Material mitgebracht, welches sie hier noch aufarbeiten werden. Einem unterm Datum vom 16. April von Seite dieser Aerzte an unsere Akademie aus Bombay erstatteten Berichte entnehme ich, dass die österreichischen Aerzte bis dahin über eine Reihe von 44 Sectionsprotokollen verfügten, darunter 40 Pestfälle, sowie über eine grosse Anzahl von klinisch genau beobachteten Pestfällen. «Diese geradezu schauerliche Krankheit bietet anatomisch und klinisch im Allgemeinen das Bild einer schweren Septicaemie, besitzt jedoch klinisch in den meisten und anatomisch in allen frischen Fällen ein so besonderes Gepräge, dass sich die Diagnose leicht stellen lässt. Doch können in seltenen Fällen, wo keine Bubonen bestehen oder wo es sich um primäre Pestpneumonien handelt, wenigstens im Anfange der Erkrankung diagnostische Schwierigkeiten erwachsen — ein Umstand, der uns in mancher Hinsicht wichtig erscheint. In solchen Fällen gibt dann meist die bacteriologische Untersuchung raschen Aufschluss.»

«Bisher haben wir von keiner Therapie Erfolge gesehen; weder Yersin's noch Haffkin's Serum sind in dieser Beziehung nach dem, was wir erfahren und gehört haben, wirksam. Jedenfalls muss durch exacte Laboratoriumsversuche die ganze Frage des Pestserums nachgeprüft werden.»

Die Eingangspforte des Pestbacillus liegt sicherlich in den meisten Fällen in der Haut, in einer kleineren Reihe von Fällen in der Lunge; eine Infection vom Darme aus konnten weder die österreichischen Aerzte noch Andere constatiren. Bei der Verbreitung der Krankheit spielen die Ratten eine grosse Rolle; bei in inficirten Häusern todt aufgefundenen Ratten wurde anatomisch und bacteriologisch, später experimentell durch Verfütterungsversuche, die Pest constatirt. Viele andere Thiere zeigten sich für die Pest empfänglich, völlig immun waren bloss die Aasgeier. Da das Material von Tag und Tag geringer wird, wollen sie abreisen, um dann in Wien ihr gesammtes Material zu verarbeiten.

Im Wiener medicinischen Club stellte Dr. S. Smetana einen Fall von Braunfärbung der Haut beim Gebrauche von Arsenik vor. Dem 26 jährigen Kranken wurde Natr. arsenicos. injicirt, beginnend mit 0,005 in steigender Dosis, so dass diese Dosis jeden zweiten Tag um 0,001 g vergrössert wurde. Diagnose: Lymphosarcom des Mediastinums. Nach Injection von 0,23 g Natr. arsenicos. wurde dunkelbraune Verfärbung der Haut fast des ganzen Körpers beobachtet, während die sichtbaren Schleimhäute pigmentfrei blieben. Die Verfärbung der Haut nahm ab, als die Dosis herabgesetzt wurde. Ein ähnlicher Fall wurde jüngst in unserer Gesellschaft der Aerzte demonstrirt: Drüsengeschwulst in der Achselhöhle, Arseninjectionen bis zur Totaldosis von 0,125, Verfärbung der Haut, Schwinden der Melanose nach dem Aussetzen des Mittels.

Bei dem verhältnissmässig seltenen Auftreten der Arsenmelanose glaubt der Vortragende, dass die hievon betroffenen Personen eine besondere — angeborne oder erworbene — Disposition besitzen; in letzterer Hinsicht durch gewisse örtliche Entzündungsprocesse (Ekzem, Psoriasis, Drüsenschwellung etc.). Die Hände und Füsse sind am wenigsten verfärbt, die sichtbaren

Schleimhäute werden niemals befallen (Differentialdiagnose von der eigentlichen Broncekrankheit). In therapeutischer Hinsicht genügt fast immer das Aussetzen des Medicamentes.

Dr. Kolischer sprach eingehend über Blasenblutungen bei Frauen. Der Sitz der Blutung (Urethra, Blase oder Nieren) ist endoskopisch oder cystoskopisch festzustellen. Urethralblutungen werden bedingt durch Neubildungen oder Gonorrhoe — bei letzterer durch Geschwüre oder kleinere Excrescenzen, Urethralangiome, Einführen harter Jodoformstifte etc. Uebrigens kann beim Tripper des Weibes auch an und für sich Blutung aus der Urethra beobachtet werden. Die Cystoskopie entscheidet, ob das Blut aus der Blase oder aus der Niere stammt. Die Untersuchung muss bei Tumoren der Nieren, welche nicht zu jeder Zeit bluten, öfters vorgenommen werden. Wertheim empfiehlt für solche Fälle, viel Getränke zu verabreichen, um etwaige Blutcoagula fortzuschwemmen.

Blutungen aus der Blase werden bedingt durch Tumoren, Entzündungen, Verletzungen, Erkrankungen der Nachbarorgane, Veränderungen an den Gefässen der Blase. Die Cystoskopie zeigt bei der Cystitis gonorrhoica oft die ganze Blase besetzt von kleinen suffundirten Flecken, aus welchen Blutaustritte erfolgen können; bei der chronischen Cystitis erfolgen Blutungen durch Abstossung von Schorfen an Geschwüren; bei Erkrankungen des Genitaltractes (Myom, Carcinom etc.) entarten die Gefässe der Blase atheromatös; endlich kann die Retroflexio uteri gravidi in Folge Stauung und Zerrung der Gefässe zu Blasenblutungen führen. Polypen, bei chronisch-entzündlichen Processen nicht selten, werden in das Orificium internum bei der Miction eingeklemmt, sodann «ausgemolken», oder abgerissen, wobei die Blutung eine heftige sein kann. Dessgleichen führt bei Greisinnen der desquamative Katarrh oder die gonorrhoische Cystitis zu mehr-minder heftigen Blasenblutungen. Blasenhaemorrhoiden — erweiterte, verdickte und mit geronnenem Blute gefüllte Venen — täuschen zuweilen Blasentumoren vor.

In therapeutischer Hinsicht empfiehlt Kolischer die Ausspülung der Blase mit eiskaltem Wasser und warnt vor der Anwendung von Aetzmitteln oder vor der Tamponade der Blase, da die Erweiterung der Urethra kein gleichgiltiger Eingriff sei. Blutungen aus den Nieren erfolgen nur zeitweilig; lange Beobachtung, öftere Cystoskopie oder Einverleibung grosser Flüssigkeitsmengen, eventuell Katheterisirung der Ureteren mit Liegenlassen des Katheters.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Royal medical and chirurgical Society.

Sitzung vom 13. April und 1. Mai 1897.

Eine nichttuberculöse Form der Meningitis basilaris bei Kindern.

J. W. Carr lenkt die Aufmerksamkeit auf eine früher bereits von Gee und Barlow (1878) unter dem Namen «Cervical Opistothonus of Infants» beschriebene Form der Meningitis basilaris, die fast nur bei Kindern unter einem Jahr beobachtet wird, keinerlei Zusammenhang mit Tuberculose hat, hauptsächlich den hinteren Abschnitt der Gehirnbasis betrifft und sich durch einen subcutanen oder chronischen Verlauf auszeichnet. Die an 11 Fällen beobachteten Symptome sind ziemlich charakteristisch. Sie betrafen sämmtlich früher ganz gesunde Kinder unter einem Jahr. Die Erkrankung setzte entweder plötzlich oder allmählich ein; Hauptsymptome waren schweres Erbrechen, bis zum Ende andauernde extreme Nackenstarre und Stupor mit Uebergang in Koma von mehrwöchentlicher Dauer. Der Ausgang war stets ein letaler, nach 5 Wochen bis zu 3 Monaten. Die Section ergab circumscripte Entzündung der Pia arachnoidea an der Basis, starken Hydrocephalus, in einigen Fällen mit Verschluss der Communication zwischen dem 4. Ventrikel und dem Subarachnoidalraum. In keinem Falle fand sich ein Zeichen tuberculöser Erkrankung, weder im Gehirn noch in anderen Organen. Die Aetiologie betreffend, konnte Trauma, Ohrenaffection und congenitale Syphilis ausgeschlossen werden; möglicherweise besteht ein Zusammenhang mit der epidemischen Cerebrospinalmeningitis, der aber bacteriologisch nicht nachgewiesen werden konnte. Die Möglichkeit einer Heilung unter Bildung eines chronischen Hydrocephalus kann nicht ausgeschlossen werden. Von therapeutischen Eingriffen kommen nur operative in Betracht, Punction der Seitenventrikel und Trepanation, welch' erstere in ein paar Fällen merkliche, wenn auch vorübergehende Besserung brachte, während letztere wegen des zu raschen Flüssigkeitsabflusses den schlimmen Ausgang beschleunigte.

In der Discussion bemerkte T. Barlow, dass die angeblichen Fälle geheilter tuberculöser Meningitis wahrscheinlich dieser Form angehören. Als Unterscheidungsmerkmal führt er das Vorwiegen der tonischen Krämpfe gegenüber den bei der tuberculösen Meningitis häufigen, durch corticale Reizung bedingten clonischen an. Das Auftreten einer Neuritis optica sei ein seltenes, dagegen werde in der Reconvalescenz öfters Amaurose beobachtet. Der anatomische Sitz der Erkrankung betrifft nicht nur den rückwärtigen Theil der Medulla und das Cerebellum, sondern auch das Rückenmark durch Bildung von entzündlichen Adhaesionen und dadurch bedingter Stauung der Cerebrospinalflüssigkeit. Aetiologisch weist er neben dem Trauma, dem acuten Katarrh der Nase und der Otitis media einen wichtigen Platz ein.

B. Lees hat mit Barlow 100 solche Fälle zusammengestellt In mehreren derselben führte eine Punction des Trommelfells zur Heilung. Die Bildung des Hydrocephalus ist eine Folge des gehinderten Abflusses der Cerebrospinalflüssigkeit von den Ventrikeln nach dem Subarachnoidalraum. Während Amaurosis oft beobachtet wird, kommt Taubheit nicht vor. Eine Verlangsamung des Pulses ist seltener als bei der ächten Basilarmeningitis. Die Athmung zeigt einen von dem Cheyne-Stokes'schen Phänomen etwas abweichenden Typus.

A. Ballance konnte in einem Falle im Inhalt des Seitenventrikels den Fraenkel'schen Pneumococcus nachweisen. Der Fall war mit Washbourn'schem Antitoxin behandelt worden. Unter den Symptomen erwähnt er noch als bemerkenswerth eigenthümliche Kaubewegungen, wie sie auch bei Abscessen und Geschwülsten im Kleinhirn bemerkt werden — F. L.

IV. Versammlung süddeutscher Laryngologen.

Für die IV. Versammlung süddeutscher Laryngologen, welche am 2. Pfingstfeiertage, den **7. Juni in Heidelberg** stattfindet, ist folgende Tagesordnung festgesetzt:

I. Sonntag, den 6. Juni, Abends 8 Uhr: Zusammenkunft und gegenseitige Begrüssung in der Restauration des Stadtgartens (mit Damen).

II Montag, den 7. Juni, Vormittags 8 Uhr: Wissenschaftliche Sitzung im Hörsaale der medicinischen Klinik (akadem. Krankenhaus).

Zur Discussion steht: **Die Laryngitis exsudativa.**

Vorträge:

Von den Herren: Eulenstein-Frankfurt a. M.: Demonstration eines aus dem Nasenrachenraum entfernten Fremdkörpers. — Killian-Worms: Gaumenmandel und Mandelbucht (mit Demonstrationen). — Hellmann-Würzburg: Demonstration bösartiger Nasengeschwülste. — Bergeat-München: Die Hohlräume in der mittleren Muschel (mit Demonstrationen). — Killian-Freiburg: Communicirende Stirnhöhlen. — Siebenmann-Basel: Ueber Leptoprosopie und über den sog. adenoiden Habitus. — Seifert-Würzburg: Ueber Rhinitis nervosa. — Avellis-Frankfurt a. M.: Die Behandlung des nervösen Schnupfens. — Winckler-Bremen: Einiges über die Hyperplasie der Zungentonsille und deren operative Beseitigung. — Hennig-Königsberg: Ueber Tuberculinum R und seinen Einfluss auf tuberculöse Erkrankungen der oberen Luftwege. — Killian-Worms: Demonstration von Speichelsteinen. — Magenau-Heidelberg: Therapeutische Versuche mit Phenolum sulfo-ricinicum. — Winckler-Bremen: Demonstration eines exstirpirten Lymphangioms der Epiglottis. — Hennig-Königsberg: Demonstration seines Atlas (Unterrichtstafeln) zur Pathologie der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes.

Mittags 3/4 2 Uhr: Gemeinsames Mittagsmahl (mit Damen) im Grand Hôtel.

Nach dem Mahle bei günstigem Wetter gemeinschaftlicher kleiner Ausflug in's Neckarthal (zu Fuss oder mit der Bahn.) Bei ungünstigem Wetter Zusammenkunft in den neu hergestellten Restaurationsräumen der Schlosswirthschaft.

Abends 8 Uhr erbittet sich Prof. Jurasz die Ehre, die Theilnehmer zu einer gemüthlichen Zusammenkunft in seinem Hause empfangen zu können.

Anmeldungen zum Mittagsmahle werden möglichst bald — spätestens bis zum 1. Juni — unter der Adresse des Herrn Prof. Jurasz-Heidelberg erbeten.

Den Herren Vortragenden können Mikroskope, Schalen etc. zur Verfügung gestellt werden, doch wären vorherige Anmeldungen über den Bedarf sehr erwünscht.

Prof. Dr. Siebenmann, I. Vorsitzender. Privatdocent Dr. Seifert, II. Vorsitzender.
Dr. Eulenstein, I. Schriftf. Dr. Hedderich, II. Schriftf. Augsburg, Maxstr. A. 22.
Für das Localcomité: Prof. Dr. Jurasz

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

Nosophen und Antinosin. Dr. Florio Sprecher, Assistenzarzt der Universitäts-Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Turin, berichtet (Gazzetta med. di Torino, No. 35,

27. August 1896) über die auf der genannten Klinik mit Nosophen und Antinosin behandelten Fälle. Behandelt wurden: Ulcera mollia, syphilitische Primäraffecte, vereiterte Bubonen der Leistengegend, ulcerirte Gummata, syphilitische Ulcerationen, breite Condylome der Analgegend, einfache kleine Wunden, Intertrigo, Ulcera cruris. Er streute die Mittel nach vorangegangener Reinigung mit sterilisirtem Wasser in Pulverform auf und legte darüber einen Verband aus aseptischem Material an. Zum vergleichenden Studium der Wirkung des Jodoforms gegenüber der in Frage stehenden Mitteln wurden Processe von möglichst gleicher Ausdehnung gewählt. Betreffs des Resultates konnte eine austrocknende Wirkung des Nosophens constatirt werden. Entzündliche Ekzeme heilten in 8 Tagen. Bei einfachen kleinen Wunden ging in der gleichen Zeit bei 2—3maligem Verbandwechsel die Heilung unter Bildung einer festen aseptischen Kruste vor sich. Verfasser betont besonders die gute Wirkung bei Bubonen der Leistengegend, welche breit gespalten, ausgewaschen, mit Nosophen dick bestreut und mit steriler Gaze tamponirt wurden. Sie heilten dann in höchstens 20 Tagen ohne Bildung schwammiger Granulationen oder entstellender Narben. Für gewöhnlich wurde der Verband täglich gewechselt. Liess Verfasser ihn bis zu 3 Tagen liegen, so konnte er trotzdem im Gegensatz zu den Beobachtungen Anderer niemals üblen Geruch wahrnehmen. Bei Ulcera mollia will er wenig Erfolg mit Nosophen gehabt haben, trotzdem er vor Anwendung den Geschwürsgrund durch Aetzung mit reiner Carbolsäure reinigte. Es bildeten sich kraterförmige Vertiefungen, die sich mit zähen Fibrinauflagerungen bedeckten. Weiterhin machte Verfasser die Beobachtung, dass Antinosin dem Nosophen bei primären Syphilisaffecten sowie Schleimhautpapeln der Analgegend überlegen war. Besonders energisch beeinflusste Antinosin die Ulcera mollia. In weniger als 3 Tagen, nachdem eine Aetzung mit reiner Carbolsäure vorausgeschickt worden war, hatte sich der Geschwürsgrund gereinigt, frische Granulationen schossen empor, und die Vernarbung begann. Antinosin erwies sich hier dem Jodoform fast gleichwerthig. Als einen Mangel des Antinosins empfindet Sprecher seine Zersetzlichkeit. Je mehr er den Contact mit der Luft mied, desto intensiver war die Wirkung; allerdings traten dabei Schmerzen auf, welche aber nie länger als eine Viertelstunde nach Application dauerten und von den Patienten stets gut vertragen wurden. Der Verfasser resumirt am Schluss der Arbeit: «Wenn es mir bei der geringen Zahl der beobachteten Fälle vergönnt ist, in Form eines Rückschlusses ein Urtheil über den Werth des Nosophen und Antinosin zu fällen, so würde ich sagen, dass diese beiden Mittel sicherlich nicht die Wirkung des Jodoforms erreichen, indessen gute Ersatzmittel für dasselbe bilden.»

K.

Die Behandlung der Schlüsselbeinfracturen durch blosse Massage hat Lucas-Championnière in einer Anzahl von Fällen sehr gute Resultate gegeben. Ohne dass ein Immobilisationsverband gemacht worden wäre, verschwand durch tägliche Massage und sehr sorgsame passive Bewegung der Schmerz sehr rasch und es war bereits zu einer Zeit, wo man die Heilung beim festen Verband nicht erwarten konnte, eine feste Vereinigung erzielt (im Mittel nach 3—4 Wochen); zugleich war die vollständig ungeschwächte Function der betr. Extremität wieder hergestellt. Selbst bevor die Vereinigung eine völlige ist, kann der Patient mit derselben kleine Verrichtungen vornehmen. Radfahrer, welche ein gut Theil der 31 Fälle betraf, konnten nach 3 Wochen wieder dem Sporte huldigen. Den Einwand, dass mit der Massagebehandlung die Bildung des Callus eine zu excessive wäre, was besonders bei Frauen einen wenig aesthetischen Eindruck mache, lässt Ch. höchstens für die ersten paar Wochen gelten, im weiteren Verlaufe der Behandlung träte dieser Uebelstand ganz zurück. (Bulletin Médic. No. 32)

St.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 25. Mai. Die von der russischen Regierung dem internationalen med. Congress gewährte Subvention von 50 000 Rubel ist neuerdings auf 75 000 Rubel erhöht worden. Der Finanzminister hat die russischen Zollbehörden angewiesen, den ausländischen Congressmitgliedern jede Unterstützung zu Theil werden zu lassen. Die Erlaubniss freier Reise in Russland bezieht sich nicht bloss auf Rückkehr zur gleichen Grenzstation, vielmehr kann eine mehrere russische Städte umfassende Tour gemacht werden. Ein Wohnungscomité ist in Moskau in Thätigkeit; es sollen 3000 Zimmer (im Preise von 3—10 Frcs. pro Tag incl. I. Frühstück) bereit stehen; für deutsche Aerzte wird es sich wohl empfehlen, die Vermittelung des Reisebureaus von Carl Stangen, Berlin W., Mohrenstr. 10, in Anspruch zu nehmen, welches durch einen Vertreter in Moskau passende Wohnung besorgt; dasselbe wird auch zweckmässige Reisepläne mit Kostenberechnung aufstellen, die Billets besorgen u. s. w. Für die Damen der Mitglieder, die keiner besonderen Karten bedürfen, ist ein specielles Damencomité in Moskau in Thätigkeit. Um Mitglied des Congresses zu werden, wolle man den Beitrag — 20 Mk. — nebst beigefügter Visitenkarte spätestens bis 20. Juli an den Schatzmeister des deutschen Reichscomité's, Herrn Sanitätsrath Dr. Bartels, Berlin W., Carlsbad 12/13, einsenden.

— In der 18. Jahreswoche, vom 2.—8. Mai 1897, hatten von deutschen Städten über 40 000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Bochum mit 31,7, die geringste Sterblichkeit Stuttgart mit 10,6 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Diphtherie und Croup in Berlin.

(**Universitätsnachrichten.**) **Berlin.** Habilitirt: Dr. Koblanck, Assistent der Univ.-Frauenklinik für Frauenheilkunde, Dr. Strauss, Assistent der III. med. Klinik für innere Medicin. — **Marburg.** Prosector Dr. Zumstein wurde zum Professor ernannt. — **Tübingen.** Gutem Vernehmen nach ist als Nachfolger des verstorbenen Professor Dr. v. Säxinger Fehling-Halle als Einziger in den Vorschlag gebracht worden. — Privatdocent Dr. Winternitz wurde für das laufende Sommer-Semester mit der Leitung der gynäkologischen Klinik und des klinischen Unterrichts betraut. — **Würzburg.** Die Preisaufgabe der med. Facultät für das Jahr 1897/98 lautet: «Es soll eine übersichtliche Darstellung gegeben werden des jetzigen Standes unserer Kenntnisse von den anatomisch nachgewiesenen Veränderungen einerseits im Gehirn, andererseits im Rückenmark der an progressiver Paralyse Verstorbenen. Termin 20. Februar 1898.

Budapest. Habilitirt: Dr. v. Marschalko für Dermatologie und Syphilis. — **St. Petersburg.** Der Syphilidologe Prof. B. Tarnowsky ist nach 35jähriger Lehrthätigkeit in den Ruhestand getreten.

(Berichtigung.) In der Abhandlung «Zur Kenntniss der acuten Sulfonal-Vergiftung» (No. 14 u. 15, 1897) ist bei Besprechung der chronischen Vergiftung, ihren Veränderungen in der Niere und der nicht immer sicheren Deutung derselben, der Fall von Stern in Folge eines Versehens nicht richtig wiedergegeben. Im Gegensatz zu Oswald, der die Erkrankung der Nieren lediglich als Altersveränderung in seinem Fall auffasst, nimmt Stern nach dem mikroskopischen Befunde eine toxische Nephritis an, indem er sagt: «Dass diese (Nephritis) als Sulfonalwirkung angesehen werden muss, kann einem Zweifel nicht unterliegen». Er fasst sie als eine Ausscheidungsnephritis auf, wobei er offen lässt, ob sie durch Aethylsulfosäure oder durch Haematoporphyrin entstanden ist.

In unserem Falle kann letzteres allerdings nicht die Nephritis erzeugt haben, da es im Urin nicht vorhanden war. Nach unserer Ansicht ist die Ursache der Nephritis dieselbe, wie bei der Erkrankung von Leber und Herz, nämlich die Wirkung des Sulfonals als Blutgift.

Dr. Ritter.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung. Dr. Sigmund Mirabeau, appr. 1894, in München.

Verzogen. Dr. Voelk, von München nach Perlesreuth, Niederbayern; Dr. Adalbert Nadbyl von Dinkelscherben nach Lauterhofen, B.-A. Neumarkt.

Briefkasten.

Bitte an die Herren Collegen! Durch einen Process mit der Internationalen Unfallversicherungs-Actiengesellschaft in Wien in eine Zwangslage versetzt, ersuche ich freundschaftlichst alle die Herren Collegen, die für obengenannte Gesellschaft Untersuchungen ausgeführt haben, mir gütigst unter Darlegung der Thatsachen mittheilen zu wollen, ob Ihnen Fälle bekannt sind, wo die qu. Gesellschaft an der von dem Betreffenden auf Grund der Gesellschaftsordnung beanspruchten Entschädigungssumme «Abzüge» zu machen versuchte.

Medicinalrath Dr. Wewer, Bad Kohlgrub.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 19. Jahreswoche vom 9. bis 15. Mai 1897.

Betheil. Aerzte 410. — Brechdurchfall 13 (17*), Diphtherie, Croup 37 (29), Erysipelas 12 (15), Intermittens, Neuralgia interm. — (3), Kindbettfieber 2 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 99 (85), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. — (5), Parotitis epidemica 2 (3), Pneumonia crouposa 10 (21), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 21 (25), Ruhr (dysenteria) 1 (—), Scarlatina 19 (24), Tussis convulsiva 19 (6), Typhus abdominalis 1 (3), Varicellen 2 (5), Variola, Variolois — (—). Summa 238 (242). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 19. Jahreswoche vom 9. bis 15. Mai 1897.

Bevölkerungszahl: 418 000.

Todesursachen: Masern 4 (3*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 2 (1), Rothlauf 4 (—), Kindbettfieber 1 (1), Blutvergiftung (Pyaemie) — (1), Brechdurchfall 2 (6), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten — (—), Croupöse Lungenentzündung 7 (4), Tuberculose a) der Lungen 35 (23), b) der übrigen Organe 2 (7), Acuter Gelenkrheumatismus — (1), andere übertragbare Krankheiten 3 (2), Unglücksfälle — (2), Selbstmord — (2), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 207 (185), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 25,8 (23,0), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 16,2 (14,1), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 15,8 (13,3).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.